

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
(Ppgedu/Faced/Ufrgs)

CLÍNICA NÔMADE E PEDAGOGIA MÉDICA MESTIÇA:
cartografia de idéias oficiais e populares em busca de
inovações à formação e à clínica médicas

Alcindo Antônio Ferla

Tese apresentada à Banca Examinadora do Curso de Doutorado em Educação, do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do Título de Doutor em Educação.

Profa. Orientadora:
Dra. Denise Balarine Leite

Porto Alegre, setembro de 2002.

Ficha Catalográfica:

WA 18
F357

Ferla, Alcindo Antônio

Clínica nômade e pedagogia médica mestiça: cartografia de idéias oficiais e populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas / Alcindo Antônio Ferla; orientação de Denise Balarine C. Leite. – Porto Alegre, 2002.

255 p.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, 2002.

1. Educação. 2. Inovação. 3. Educação popular. 4. Educação médica. 5. Educação em saúde. 6. Saúde Coletiva I. Leite, Denise Balarine C. II. Título.

Parecer conclusivo:

A Banca considera que a Tese apresenta alta relevância social, política e científica, tanto para a formação na área biomédica, quanto para a gestão da saúde. O autor tece com arte e ciência a teia de relações com a vida, em um exercício cartográfico que revela um construto teórico-metodológico que contempla a complexidade da temática trabalhada.

A Banca aprova a Tese com louvor, atribuindo conceito "A" por unanimidade e recomenda a sua publicação.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Denise Balarine C. Leite
Orientadora (PPG-Edu/UFRGS)

Profa. Dra. Malvina do Amaral Dorneles
(PPG-Edu/UFRGS)

Prof. Dr. Nilton Bueno Fischer
(PPG-Edu/UFRGS)

Profa. Dra. Cleoni Fernandes
(Ulbra)

Profa. Dra. Liane Righi
(Unijuí)

Porto Alegre, 22 de novembro de 2002.

Resumo:

A medicina moderna vem apresentando sinais de uma crise similar àquela do paradigma sociocultural da modernidade. Diversos componentes dessa crise são descritos na literatura e identificados na análise das práticas profissionais, no cotidiano dos serviços. Essa crise da medicina moderna tem particular visibilidade quando analisada à luz dos princípios e diretrizes, do ideário e do modo de funcionamento do sistema público de saúde desenhado na Constituição Federal, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse contexto, para identificar possibilidades emergentes à clínica e à pedagogia médicas buscou-se registrar e analisar, por meio de uma cartografia, idéias inovadoras, considerando a inovação como tensão, ruptura e transição do paradigma vigente, com reconfiguração de poderes e saberes. Esse conceito, formulado por Boaventura Santos (1997), já vem sendo utilizado para a análise de experiências revitalizadoras do ensinar e do aprender na universidade (Leite e cols., 1995). No que se refere à pesquisa que compõe esta Tese, foram analisados documentos da Associação Médica Brasileira e do Conselho Federal de Medicina, no que foi denominado de Território da Medicina, e as atas das reuniões do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, no que foi denominado de Território do Conselho, bem como outros documentos e dados complementares.

A cartografia dessas idéias e das *marcas e cicatrizes* produzidas no trânsito do cartógrafo pelos cenários da educação e da saúde mostrou a emergência de possibilidades inovadoras, agrupadas nos conceitos de *clínica nômade* e de *pedagogia médica mestiça*. As idéias emergentes relativas à clínica mostram seu exercício produzido a partir de combinações locais de conhecimentos de outras áreas e racionalidades, além daqueles utilizados nas práticas biomédicas, bem como a capacidade de *escuta ao andar a vida* individual e coletiva, capazes de fazer *vingar mais saúde* e a autonomia dos usuários dos serviços, quando operados a partir de um *compromisso ético-estético-político*. À pedagogia médica emergente é proposta a ruptura com suas visões antropológica, metodológica e teleológica configuradas pela modernidade, em favor de concepções mais abertas e heterogêneas, fomentadoras de protagonismo e de práticas mais democráticas nos serviços de saúde e na sociedade. No contexto da crise da medicina moderna, as idéias inovadoras mostraram contornos que tornam visível a transição paradigmática, composta pela *fronteira sul* do território oficial da medicina atual.

Palavras-chave:

Educação; Inovação; Educação popular; Educação médica; Educação em saúde; Saúde Coletiva.

Abstract:

The modern medicine comes presenting signals of a similar crisis to that one of the sociocultural paradigm of modernity. Several components of this crisis are described in literature and identified in the analysis of the professional practices, in the services daily. This crisis of the modern medicine has particular visibility when it is analyzed to the light of the principles and guidelines, of ideas collection and the mode of functioning of the public system of health drawn in the Federal Constitution, the Unique System of Health (SUS).

In this context, to identify the emergent possibilities to the clinic and to the medical pedagogy, it was grounded to register and to analyze, by cartography, innovative ideas, considering the innovation as tension, rupture and actual paradigm transition, with reconfiguration of puissance and knowledge. This concept,

formulated by Boaventura Santos (1997), have been currently used for analysis of revitalized experiences of teaching and learning in the university (Leite and cols., 1995). In reference to the research that composes this Thesis, were analyzed the documents of the Brazilian Medical Association and the Federal Council of Medicine, it was called of Medicine Territory, and the meetings results of the Rio Grande do Sul's State Council of Health, which was called of Council's Territory, as well as other complementary documents and data.

The cartography of these ideas and the marks and scars produced in the cartographer transit by the education and the health sceneries had presented the innovative possibilities emergency, grouped in the concepts of nomadic clinic and crossbred medical pedagogy. The emergent ideas relatives to the clinic show its exercise produced from locals combinations of knowledge in other areas and rationalities, beyond those ones used in the biomedical practices, as well as the capacity of listening when walking the individual and collective life, capable to obtain more health and the service's user autonomy, when they're operated from a commitment ethical-aesthetic-politician. To the emergent medical pedagogy is offered the rupture with its anthropological, methodological and teleological visions is configured by modernity, in favor of more open and heterogeneous conceptions, protagonism fomenters and of more democratic practices in the health services and in the society. In the context of modern medicine crisis, the innovative ideas revealed contours that become visible the paradigmatic transition, composed by south frontier of the official territory of the current medicine.

Key Words:

Education; Innovation; Popular Education; Medical Education; Education in Health; Collective Health.

Agradecimentos:

Esta Tese está *carregada* de muitos anos de minha própria história e carrega, portanto, a convivência e *pedaços* de muitos companheiros de afeto, de trabalho, de lazer, de militância política e acadêmica e, principalmente, da convicção da possibilidade de uma sociedade mais prazerosa (coletivamente prazerosa), mais justa e mais democrática. Companheiros citados e outros *devorados* até sua completa diluição.

Além destes, quero destacar o estímulo, a *liberdade de criação* e a intensidade de afeto com que a Profa. Dra. Denise Leite orientou a *produção* desta Tese, fazendo constantemente emergir mais desejo de avançar no trabalho acadêmico. E confessar a *devora* de suas idéias e dos demais companheiros do grupo de pesquisa da “Inovação na Universidade”.

Aos membros da Banca Examinadora do Projeto de Dissertação de Mestrado, Dra. Cleoni Fernandes, Dra. Denise Leite, Dra. Malvina do Amaral Dorneles e Dr. Nilton Bueno Fischer, pelo afeto e rigor com que avaliaram o projeto e pela confiança na indicação à passagem direta ao Curso de Doutorado.

Também quero agradecer à participação de muita e integral intensidade, só teoricamente reconhecida no texto: Ricardo Burg Ceccim. Capacidade de escuta, acolhimento e presença integral e amorosa foram imprescindíveis para *fazer vingar* a cartografia.

À Nelsi, *mãe intensidade de afeto*, que fortalece a vontade de vida e o desejo das descobertas com sua discreta presença, sempre verdadeira, mesmo que distante. Também pelo fato de ter feito o *link* com pessoas cuja existência compõe, mais do que laços biológicos, histórias que *gosto de viver*: Selma, Albano, Edi, Talita, Isabel, Guilherme,...

À Maria, que consegue organizar o *inorganizável*, achar os livros perdidos, contar os casos do dia e oferecer o *café-que-faz-falta* e, nas horas de folga, mudar a vida.

À Maria Luiza, que ensinou um *pedaço-que-faltava* do trabalho na saúde e, depois disso, estimula a capacidade de pensar inovações para a saúde.

Ao David Capistrano, que já se foi para algum lugar invisível e que mostrou o gosto saudável da ousadia para fazer as saúdes, que exige o compromisso com a vida.

À alguns que, antes do aeroporto, fazem o cotidiano diferente: Lourdes, Leci, Lisete, Cristiane, Valdir, Vanderléia, Ana, Heloísa, Elaine, Liliane, Liane, Elisa, Lígia, Leonardo, Vera, Adiles, Dóris, Letícia, Sueli, Lisiane, Jamaira, Odete, Gilberto, Fernando e os demais colegas da SES/RS que foram cúmplices nos momentos de produção de inovações na gestão, mas também compreensivos nos momentos da produção acadêmica.

Aos que, depois do aeroporto, mostram a inovação por meio de redes de afeto que sobrevivem aos aviões e às intempéries das políticas de saúde.

À Beatriz Kunkel, que mostra o prazer de *lutar pelo que vale a pena* e ajudou a cartografar idéias e marcas para uma vida mais saudável, e aos colegas do Conselho Estadual de Saúde, que fazem ver saúdes inéditas para planejar nossos serviços.

Ao Marcos, à Keka e ao Felipe, que reacenderam o *dever-estudante*, que *faz bem* à saúde do cartógrafo.

Enfim, são inúmeros os *devires humanos* que povoam esse trabalho, mas também há *devires outros*: lugares, sensações, coisas, vegetais, forças. Que todos esses *autores* das experiências que compõem o texto possam perceber-se também *autores* deste que o sistematizou.

E que eu possa, progressivamente mais, captar e traduzir suas autorias na *lapidação* da *clínica nômade* e da *pedagogia médica mestiça*, para a cada vez mais radical defesa da vida.

Índice

	Pág.
Gráficos, tabelas e figuras utilizadas na Tese	11
Siglas utilizadas na Tese	12
Introdução: A cartografia, as ferramentas e o cartógrafo	15
Capítulo I: Percursos e aprendizados do cartógrafo	25
1. Uma vontade <i>limítrofe</i> vai se formando no <i>trânsito</i> entre educação e saúde	29
2. Formação acadêmica: uma identidade <i>apertada</i>	32
3. Educação Popular, Saúde Pública e as linhas de <i>tensionamento e desterritorialização</i>	39
Capítulo II: Cenários e territorialidades da formação e da prática médica (o mapa)	43
1. Introdução	45
2. A ciência verdadeira, a medicina moderna, a formação médica e o <i>olhar limpa-trilhos</i>	45
2.1. Medicina e normalidade: a análise foucaultiana	50
2.1.1. O nascimento da medicina moderna	51
2.1.2. Controle dos corpos: o surgimento da medicina social	53
2.1.3. O hospital: tecnologia médica sobre o corpo e sobre a população	54
2.1.4. Medicina: uma <i>moderna</i> técnica geral de saúde	56
2.2. Formação médica sob <i>olhares pós-modernos</i> : há tensões e rupturas no contexto atual?	57
3. Sistema público de saúde e Conselhos de Saúde: <i>medicalizando</i> a participação da população?	61
3.1. Estado e sociedade civil: conceitos (re)configurando-se também no campo da saúde	62
3.2. A participação no sistema de saúde brasileiro	63
3.3. Controle social e o Estado	65
3.4. <i>Integralidade com equidade</i> , tensões e ruptura de paradigmas	69
Capítulo III: A Carta	73
1. Introdução	75
Território I: A medicina brasileira contemporânea e a <i>clínica nômade</i> (as linhas de rota e o canto da sereia nas idéias veiculadas nas publicações médicas)	83
1. Revendo os contornos do mapa: apresentação das primeiras idéias e dos documentos oficiais dos médicos pelos quais elas circulam	85
2. Os desafios da produção científica para os médicos brasileiros	89
3. A formação, o desenvolvimento e a produção de conhecimentos dos médicos	95
3.1. Ensino médico	96
3.2. <i>Evidências</i> para o ensino e para a clínica	102
4. O trabalho médico, o contexto atual e seus problemas	108
4.1. Outras racionalidades no trabalho em saúde, concorrência com outros profissionais e o tensionamento às competências corporativas	115
4.2. O futuro da medicina na visão dos médicos	124

5. O “outro” da prática médica: qual “paciente”?	125
5.1. Sobre a morte e o morrer no discurso médico	126
5.1.1. A morte e os médicos	137
5.1.2. Polêmica: os critérios são válidos?	140
5.1.3. Morte e morrer nos jornais e revistas	144
6. <i>O que está acontecendo com a medicina?</i>	151
6.1. A crise na medicina: a produção científica, a circulação do conhecimento médico e seus <i>sintomas</i>	151
6.1.1. A estabilidade no perfil das produções científicas dos médicos e sua desconexão com as questões que envolvem o sistema de saúde e a formação dos médicos: <i>sintomas</i> da crise	151
6.1.2. As convocações na política editorial e seus resultados na produção científica dos médicos: a medicina e sua crise vistas “por dentro” da sua ciência	155
6.1.3. A medicina, a demarcação de suas fronteiras e o ordenamento de suas práticas: <i>terapêutica moral</i> para a retomada da <i>linha de rota</i> corporativa?	156
6.2. A medicina brasileira contemporânea e seus movimentos na direção do <i>sul</i>	157
6.2.1. A medicina em busca de outros conhecimentos e outras racionalidades	158
6.2.2. A medicina moderna e suas tensões com o mercado, com a <i>comunidade</i> e com o Estado	160
6.2.3. A medicina moderna e outros “pacientes”	161
Território 2 – O Conselho de Saúde, os <i>suleamentos</i> do sistema de saúde brasileiros e algumas idéias para a <i>clínica nômade</i> (contribuições do controle social às inovações nas práticas de saúde)	163
1. O Conselho Estadual de Saúde (CES/RS): controle social no SUS do Rio Grande do Sul e <i>suleamentos</i> na saúde	165
2. Os profissionais de saúde e a organização dos serviços a partir do olhar do Conselho	182
2.1. As entidades médicas e o CES/RS	195
3. A saúde e o adoecimento pertencendo aos modos de <i>andar a vida</i>	202
<i>Tecendo</i> as idéias da carta: <i>pedagogia médica mestiça</i> e <i>clínica nômade</i> para as <i>gentes</i> da democracia complexa	211
Bibliografia	223
Legislação referida	240
Anexos	243
Anexo I – Relação de publicações médicas utilizadas	245
Anexo II – Relação de jornais e revistas de circulação comercial utilizados	247
Anexo III – Relação de Atas e Pautas das reuniões do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS) realizadas nos anos de 1999 a 2001	249

Gráficos, tabelas e figuras utilizadas na Tese

	Pág.
Tabela 01 Distribuição dos artigos veiculados na Revista da Associação Médica Brasileira (Ramb) no período de 1998 a 2001, segundo a categoria e sua freqüência em cada um dos volumes publicados	87
Tabela 02 Distribuição dos artigos publicados na Revista da Associação Médica Brasileira (Ramb) no período de 1998 a 2001, segundo a categoria e os temas abordados	88
Tabela 03 Participação dos trabalhadores em saúde e média geral de freqüência nas Reuniões do Plenário do CES/RS no período de 1999 a 2001, por representação	172
Tabela 04 Comparativo da freqüência com que assuntos especificados foram abordados nas Reuniões Plenárias do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS) no período de 1999 a 2001	176
Figura 01 Distribuição de médicos em atividade por Município e Macrorregião de Saúde, segundo a origem do registro no Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (Cremers), junho, 2002	183
Gráfico 01 Distribuição de profissionais de saúde por dez mil habitantes, de acordo com dados de registro por Município, segundo as Macrorregiões de Saúde do Rio Grande do Sul, junho, 2002	185
Figura 02 Representação ao conceito de saúde, segundo a cartógrafa auxiliar	204

Siglas utilizadas na Tese

Abem	Associação Brasileira de Ensino Médico
Abto	Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos
AMB	Associação Médica Brasileira
Amrigs	Associação Médica do Rio Grande do Sul
Assteplan	Assessoria Técnica e de Planejamento (SES/RS)
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Cedis	Centro de Documentação e Informação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre
CEM	Código de Ética Médica
Cenepes	Centro de Estudos e Pesquisas em Educação e Saúde (Denem)
CES	Conselho Estadual de Saúde
CES/RS	Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul
CFM	Conselho Federal de Medicina
Cinaem	Comissão Interinstitucional Nacional de Ensino Médico
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Cobrem	Congresso Brasileiro de Entidades Estudantis de Medicina
CNRS	Comissão Nacional de Reforma Sanitária
Comcar/MED	Comissão de Carreira do Curso de Medicina (UFRGS)
CRBio3	Conselho Regional de Biologia da 3ª Região
Crefito5	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 5ª Região
Cremers	Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul
Cress/RS	Conselho Regional de Serviço Social do Rio Grande do Sul
CRO/RS	Conselho Regional de Odontologia do Rio Grande do Sul
CRP07	Conselho Regional de Psicologia da 7ª Região
Denem	Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina
DO	Declaração de Óbito
DOE	Diário Oficial do Estado
DOU	Diário Oficial da União
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
Ecem	Encontro Científico dos Estudantes de Medicina
EEG	Eletroencefalograma
ESP	O Estado de São Paulo / Agência Estado de Notícias
ESP/RS	Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul
EUA	Estados Unidos da América
Fideps	Fator de Incentivo ao Ensino e à Pesquisa em Saúde
Forte	Fórum de Educação e Trabalho do Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente de Porto Alegre
FSP	Folha de São Paulo (Jornal e Agência de Notícias)
Gapa	Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS

HU	Hospital Universitário
Ibge	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML	Instituto Médico Legal
IMS	Instituto de Medicina Social
Jama	<i>Journal of the American Medical Association</i>
Jamb	Jornal da Associação Médica Brasileira
JB	Jornal do Brasil (Jornal e Agência de Notícias)
Lilacs	Literatura Latino-americana e do Caribe em Saúde Pública
MBE	Medicina Baseada em Evidências
NEP	Núcleo de Estudos, Pesquisas e Assessoria em Educação Popular (Ppgedu/Ufrgs)
Nipesc	Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa em Saúde Coletiva
Nuresc	Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
OP	Orçamento Participativo
Opas	Organização Pan-americana da Saúde
Pnad	Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar
Ppgedu	Programa de Pós-Graduação em Educação (UFRGS)
Promed	Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas
Ramb	Revista da Associação Médica Brasileira
Refae/RS	Representação da Fundação de Assistência ao Estudante do Ministério da Educação no Rio Grande do Sul
SEC	Silêncio Elétrico Cerebral
SES/RS	Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul
Sida/Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
Simers	Sindicato dos Médicos do Rio Grande do Sul
Sinam	Sistema Nacional de Atendimento Médico
Smed	Secretaria Municipal de Educação de Porto Alegre
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
SUS/RS	Sistema Único de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul
Ufrgs	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNI	Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade (Proposta/Projeto Uni)

INTRODUÇÃO:

A CARTOGRAFIA, AS FERRAMENTAS E O CARTÓGRAFO

A verdade é deste mundo; ela é produzida nele graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder. Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua 'política geral' de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro. (Foucault, 1989: 12)

Fase difícil da pesquisa essa de apresentar a *tecitura* dos seus achados no formato de Tese de Doutorado. Reverbera em mim a sensação repressora de um “método científico verdadeiro” que, inúmeras vezes, justificou a classificação de errado, falso, ruim, proibido, inconsistente, desconhecido, inexistente para minhas criações escolares e universitárias. Não para todas, mas justamente para as que me pareciam mais desafiadoras; aquelas que faziam o corpo vibrar, como que pela passagem de faíscas de energia através das descontinuidades da pele (limite visível do corpo físico). Atualiza-se uma *marca*, uma *cicatriz*¹, que produz medo: de não utilizar o método *correto*, de não encontrar - tal como na equação matemática - um resultado *verdadeiro* e *universal*, de não aplicar corretamente os conceitos - como se fossem as regras da gramática escolar; enfim, de “reações adversas” dos tensionamentos produzidos com a “economia política da verdade” vigente (Foucault, 1989).

Tais *cicatrices*, produzidas nos choques freqüentes com os valores institucionais, foram adestrando para respostas prontas e padronizadas, “adequadas-e-verdadeiras”. Também foram ensinando o “gosto” de descobrir e inventar para além desses limites, na *zona cinzenta* de suas *fronteiras*², uma certa sensibilidade à *força vital* do que não é padrão, do que é diferente, heterogêneo, mestiço, múltiplo, invisível; enfim, foram estimulando o movimento onírico (criação), antropofágico (devora, muitas vezes clandestina, de outros elementos/categorias) e investigador (procura desses elementos/categorias que permitem outras viagens, múltiplas saídas).

A motivação para o ingresso nos cursos de pós-graduação em educação foi a possibilidade de fermentar esse “gosto”, que é condição intrínseca das “gentes”, como nos lembrou Paulo Freire, e que se ancora na “responsabilidade ética e política frente ao mundo e frente aos outros” (Freire, 1995: 44). Até então, as motivações da escolha profissional e as possibilidades visíveis de exercício profissional - conforme demonstraram, inclusive, inúmeros fatos (re)produzidos no ritual da formação universitária - não haviam constituído senão encontros fortuitos e passageiros. Havia a necessidade do exercício teórico, de *outro* exercício teórico, que pudesse estimular o pensamento a partir de um plano que não fosse exatamente coincidente com o plano da racionalidade médico-científica “normal”. E, portanto, também a necessidade de outros recursos metodológicos.

Por isso a escolha de uma cartografia para essa pesquisa. Rolnik (1987), demonstra as diferenças entre a investigação tradicional e a cartografia por meio de um paralelo entre esta imagem metafórica e o mapa (metáfora para o resultado da pesquisa ou investigação tradicional) que auxilia na busca de elementos de ancoragem dessa expectativa frente à atividade acadêmica e à escolha metodológica. Diz Rolnik que “o mapa delinea os contornos dos territórios, tais como foram estabelecidos” (p. 06); fazer um mapa é, de certa forma, uma tautologia que busca revelar aquilo de onde se parte. Ou seja, os territórios visíveis que vão sendo desenhados têm como pressuposto uma tal estabilidade/imutabilidade de limites, de constituição e de registro

¹ Faço aqui uma metáfora do termo não restrita ao efeito passado/estagnado, como no dicionário. A partir da fisiologia/anatomopatologia é possível propor também uma dimensão funcional ao conceito: o processo de cicatrização produz alteração na estrutura (descontinuidade tátil) e na funcionalidade (o órgão/tecido tem alterada a elasticidade, “repuxa” e estica de modo desigual quando em funcionamento). Portanto, a cicatriz tem também um efeito presente, móvel, que se atualiza sempre. Marcas e cicatrizes, então, engendram a subjetividade, como forças presentes e em ação.

² Zona cinzenta de fronteira ou zona cinzenta de transição são variações inspiradas na produção de Leite e Cols. (1997) investigando o ensino universitário, que também as tomaram das idéias de Boaventura Santos: “A zona de fronteira é uma zona híbrida, babélica, onde os contatos se pulverizam e se ordenam segundo micro-hierarquias pouco suscetíveis de globalização”; é uma zona de pura-forma (e, portanto, sem uma essência condicionadora), fragmentada e acêntrica (portanto deficitária de uma hegemonia reguladora), cosmopolita (a multiplicidade das formas, ao contrário da globalização dos conteúdos, permite um “universalismo sem universo feito da multiplicação infinita dos localismos”; permite um trânsito infinito) e barroca (incorporação e apropriação das múltiplas formas). “A leveza da zona fronteira torna-a muito sensível aos ventos. É uma porta de vai-e-vem, e como tal nunca está escancarada, nem nunca está fechada” (Santos, 1997: 150-155).

fotográfico, que o mapa se torna, na realidade, uma revelação do já visível, uma descrição do já conhecido. A cartografia, por sua vez, vai registrando as transformações da paisagem, “combina e integra a geografia e a história” (p. 07) dos elementos do percurso; os contornos e sua transformação. Nesta pesquisa, vai-se registrando os *fragmentos* e as *vibrações* (Santos, 1997: 327) que acenam para além do que permite ver o *degenerescente*³ paradigma científico moderno.

É para o *além*, para o que está nessa zona de *derretimento* da fronteira (dissolução da linha, do marco da fronteira) que quero olhar. Mas por que uma cartografia?

Retomando Boaventura Santos, a construção teórica produzida em períodos de crise de degenerescência deve “pôr em causa a própria forma de inteligibilidade do real que um dado paradigma proporciona” (Santos, 1989: 18), além dos recursos teóricos e conceituais que lhe dão acesso. O limite da racionalidade científica moderna, da sua “economia política da verdade”, é identificado por diversos outros autores em diferentes áreas do conhecimento.

Prigogine e Stengers (Prigogine, 1993) dizem que não vivemos em um só Universo, tal como nos é apresentado pela física tradicional, já que a irreversibilidade do fluxo do tempo torna impossível reunir todas as possibilidades em um único modelo paradigmático. Os autores dizem que, ao contrário do que define a razão humana moderna, que busca reduzir o diverso ao idêntico e a mudança ao permanente, as instabilidades são decisivas para o nascimento dos processos do tempo. Essas instabilidades (intensidades), quando vividas com o corpo, produzem outra dimensão do tempo (“tempo interno”), com efeitos irreversíveis e flutuações na ordem do tempo, mobilizando um fluxo de energia que tem como resultado sua dissipação. “A ordem por flutuação opõe ao universo estático da dinâmica um mundo aberto, cuja atividade produz novidade, cuja evolução é inovação, criação e destruição, nascimento e morte” (Prigogine e Stengers, 1997: 125). É preciso reintegrar o homem ao universo que observa para devolver à ciência seu potencial inovador, sem universais de certeza. Uma nova aliança entre as culturas científica e humanista deve produzir uma escuta singular da natureza: capacidade de escuta poética/fabricante da natureza, com exploração ativa, capaz de respeitar a natureza que ela faz falar (Prigogine, 1993; Prigogine e Stengers, 1997). Essa nova aliança permite agregar às práticas de produção de conhecimentos, inclusive na Universidade, uma politicidade que lhe é própria, embora oculta sob o manto da “neutralidade” da ciência, que envolve um conjunto de saberes, mas que agrega a essas práticas um desafio importante: “é preciso produzir conhecimento, mas não o conhecimento como um fim em si mesmo” (Leite, 1999: 10). Essa politização da produção científica, com o resgate do humano e suas relações com o seu entorno da condição subordinada que lhe impôs a ciência moderna, vem sendo importante fator de inovação no processo de ensino e aprendizagem na universidade, conforme identificado por Leite e Cols., (1999).

Há, portanto, *outras* relações possíveis e necessárias entre a teoria e a prática. Em uma fala de Gilles Deleuze, durante uma conversa com Michel Foucault, encontrei novas sinalizações para transpor esse limite normatizador da relação teoria-prática desenhado pela racionalidade científica moderna, que, afinal, está no começo visível da minha motivação para essa pesquisa acadêmica. Diz Deleuze que devemos viver as relações teoria-prática não mais como processos de totalização, mas como relações parciais e fragmentárias que permitem um sistema de revezamento ou rede: “uma teoria é sempre local, relativa a um pequeno domínio e pode se aplicar a outro domínio, mais ou menos afastando. A relação de aplicação nunca é de semelhança”. Entretanto, “desde que uma teoria penetre em seu próprio domínio, encontra obstáculos que

³ Boaventura Santos classifica o momento atual da ciência moderna, onde identifica uma profunda crise paradigmática, como uma “crise de degenerescência” (Santos, 1989). Para esse autor, as crises da ciência podem ser diferenciadas em duas modalidades: de crescimento e de degenerescência. No primeiro tipo, cuja expressão o autor toma de Thomas Kuhn, a crise aparece como uma “insatisfação perante métodos ou conceitos básicos até então usados sem contestação”; é uma crise que tem lugar, portanto, na matriz disciplinar e decorre da existência de novas alternativas. Nessas crises “a reflexão epistemológica é a consciência teórica da pujança da disciplina em mutação”, enfiando-se na afirmação e dramatização da “autonomia do conhecimento científico sobre as demais formas e práticas do conhecimento” (p. 17-18). A crise atual é mais profunda, segundo Boaventura Santos: atinge o paradigma da ciência moderna e, mesmo que desigualmente, todas as disciplinas, de tal modo que a reflexão epistemológica, sintomaticamente, enfiando-se no sentido de “considerar o conhecimento científico como uma prática de saber entre outras, não necessariamente a melhor” pela “consciência teórica da precariedade das construções assentes no paradigma em crise” (idem).

tornam necessário que seja revezada por outro tipo de discurso (é este outro tipo que permite eventualmente passar a um domínio diferente)". Por sua vez, a "prática é um conjunto de revezamentos de uma teoria a outra e a teoria um revezamento de uma prática a outra. Nenhuma teoria pode se desenvolver sem encontrar uma espécie de muro e é preciso a prática para atravessar o muro" (Foucault, 1989: 70). *Destotalização* da teoria, diz-nos Deleuze, *desdogmatização da ciência*, sugere-nos Boaventura Santos.

Em nenhum deles, entretanto, o descarte da teoria. "O saber é aquilo que é; não se pode passar sem ele para adquirir um mínimo de 'tônus', de consistência" (Guattari, 1993: 201).

Outro conceito utilizado por Deleuze e inventado por Guattari auxilia a avançar um pouco mais nessa construção de *outra* possibilidade de ancoragem da vontade da aproximação mais íntima entre teoria e prática, entre a ciência médica e um *outro* exercício da clínica. Conforme Deleuze, uma teoria deve ser como uma *caixa de ferramentas*: "é preciso que sirva, é preciso que funcione. E não para si mesma. Se não há pessoas para utilizá-la, a começar pelo próprio teórico que deixa então de ser teórico, é que ela não vale nada ou o momento ainda não chegou. Não se refaz uma teoria, fazem-se outras; há outras a serem feitas" (Foucault, 1989: 71). Guattari também ilustra essa idéia de "caixa de ferramentas" em uma produção própria: "um conceito só vale pela vida que lhe é dada. Ele tem menos por função guiar a representação e a ação do que catalisar os universos de referência que configuram um campo pragmático" (Guattari, 1993: 201). É necessário que fortaleçam as experimentações, o contato do pensamento com o exterior, que é, segundo o autor, instância soberana do saber. Os limites do pensamento estão no plano exterior de suas certezas imediatas, por isso, como no diz Foucault (1990), é preciso pensar o impensável. É preciso pensar com o fora do pensamento, semelhante ao pensar corpóreo, que permite "aprender com as verdades da inteligência e não com as verdades do pensamento racional-explicativo" (Ceccim, 1998: 68).

Nesse contexto de referências para a produção teórica, não se verá neste trabalho acadêmico uma análise sistematizada e pormenorizada da discussão acerca do ensino e da prática médicos que fazem as instâncias profissionais da formação médica nos órgãos acadêmicos brasileiros e a avaliação da assistência médico-sanitária que fazem as instâncias populares de usuários dos serviços de saúde nos órgãos de participação social no Brasil. Isso não seria diferente das estratégias de qualidade total, conhecidas no *marketing* empresarial e/ou das avaliações de acreditação institucional: por mais fino e apurado que fosse tal cotejamento, ele ainda ficaria perfilado pela racionalidade clássica do problema-solução (*todo problema verdadeiro deve ter uma solução*, denuncia Foucault⁴, figurando o racionalismo engendrado em nossa subjetividade a partir de Sócrates e Platão). Esse caminho teria um sentido pleno sob a orientação da primeira ruptura epistemológica⁵ e, com esse pressuposto, poder-se-ia identificar modelos, predizer tendências, enfim, identificar polaridades positivo-negativo, eficiente-ineficiente, bom-mau e outras tantas construídas a partir da cientificidade moderna que, justamente, está ancorada no contexto social em que estão configuradas tanto a atual formação médica como o modelo de assistência à saúde. Ou seja, desse modo se estaria no movimento tautológico, citado anteriormente, que foi apontado por Sueli Rolnik: planejando um ponto de chegada que é exatamente justaposto ao ponto de partida, olhando a clínica médica a partir dela mesma.

Entretanto, essa discussão sob o enfoque da Educação Popular e Saúde, isto é, relacionando conhecimento intelectual e conhecimento popular, razão e sensação, saúde e vida pode revelar tendências representacionais e perspectivas de *disrupção*⁶ criadora. Na primeira alternativa, do *mapa* comparativo entre avaliação da formação e da prática dos profissionais médicos e necessidade dos serviços, podemos desenhar fronteiras paradigmáticas ou epistemológicas. Na segunda alternativa podemos cartografar as idéias atuais (*atualização* no sentido foucaultiano de transversalidade das possibilidades virtuais sobre a realidade; *inovação*, desde a sugestão de Boaventura Santos), diluindo as fronteiras que contornam o acadêmico e o popular e

⁴ Em Respuesta a una pregunta, (Foucault, 1991b).

⁵ A primeira ruptura epistemológica, utilizando a conceituação de Boaventura Santos (1989), foi formulada por Bachelard e opôs a ciência ao senso comum através de três atos epistemológicos fundamentais: ruptura com o senso comum, a construção de um arcabouço teórico explicativo e a constatação empírica. Para o autor: "A ruptura epistemológica bachelardiana interpreta com fidelidade o modelo de racionalidade que subjaz ao paradigma da ciência moderna" (p. 34).

propondo novidade (inovação) à formação (graduada, pós-graduada e em serviço) de médicos em lugar da qualificação da formação segundo o paradigma internacionalmente em voga na corporação, que se desdobra na fragmentação do currículo, especialização dos métodos e da técnica, como se verá no segundo Capítulo dessa Tese, e num formato padronizado de ações e uma racionalidade fixa para orientar as práticas cotidianas.

Se o interesse é pela inovação, não podemos partir da fôrma acadêmica e perguntar como e em que condições devem ser feitas as melhorias à formação e às práticas médicas, porque ela tem como questão formar/formatar os médicos segundo a identidade forjada pela modernidade. Essa relação, particularmente no que se refere à medicina, mas também às demais profissões liberais, foi identificada claramente na pesquisa “Para revitalização do ensinar e do aprender na universidade”, coordenada pela Professora Denise Leite, que mostrou traços de uma pedagogia própria da medicina, intimamente associada à estrutura de poder e ao conjunto de relações que a profissão estabelece com as demais instituições da estrutura social (Steffen e Cols., 1999). Mais do que identificar características e mecanismos de relação do ensino e das práticas da medicina com as demais estruturas e práticas sociais, essa pesquisa identificou uma lógica de ensino voltada à reprodução do conhecimento, gerando dificuldades à inovação, bem como, no que se refere à docência médica, uma relativa despreocupação com a qualificação pós-graduada, um pequeno envolvimento com a pesquisa e uma relação própria com a extensão: “a extensão está presente como um meio de aprendizagem na forma de assistência, cumprindo mais a lógica da prestação de serviços do que compromisso político-social” (idem, p. 58).

Para buscar inovações na medicina podemos partir, então, das práticas de *desmedicalização* que ocorrem na formação e na atuação dos médicos e nas buscas do atendimento de saúde que satisfaça aquele que o procura porque, nesse caso, o que está em questão é a atenção de saúde. Outros poderiam ser os espaços para se buscar os fragmentos e as vibrações que convocam o pensamento para outros modos de propor a formação e a atuação dos médicos. Mas não se trata de nenhuma representação/abstração do real, de um conhecimento objetivo, nos moldes apregoados pela ciência moderna. “Pensa-se sempre afogado na realidade dos contextos em que se pratica”, afirma Boaventura Santos (1997: 103) para dizer-nos da intersticialidade entre teoria e prática. Por isso, o critério da escolha foi entre os espaços que impregnam minha militância e minha prática profissional, como se verá. Pretendo que a própria prática, ao invés de viés de pesquisa, possa tornar-se, no tensionamento com a teoria, uma *ferramenta* para o *revezamento teoria e prática*.

Pesquisando nos Conselhos de Saúde (instâncias legítimas e legalmente constituídas de participação de médicos, de todos os demais profissionais de saúde e da população em geral; de *concorrência* de várias discursividades, portanto) me parece possível estruturar uma *escuta* e uma visualização de elementos que reproduzem a tendência medicalizadora da formação e da prática médicas: aos “focos” de unificação que homogeneizam as descontinuidades em nome de escalas de otimização, aos “nós” de totalização que capturam divergências em racionalidades adaptativas e aos “processos” de conscientização que constroem a cultura da medicalização. Por outro lado, também me parece possível *escutar* e *ver* as pontas de desterritorialização e as linhas de ruptura, a fim de cartografar *atualidades emergentes* ou *nascentes de possibilidade* ao novo, à inovação, à abertura ética de estar em contato permanente e vivo com as demandas por saúde na população. Clínica médica e pedagogia médica podem ser abordadas, assim, desde os outros lugares que a modernidade tornou ilegítimos para abordar essas questões. Nesta produção acadêmica, o Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS) será analisado com essa expectativa, constituindo-se no segundo território analisado no Capítulo III, onde se tece a carta.

Outro campo de pesquisas (Território, para essa Tese), também tem mostrado tensões internas e, muitas vezes, reconfiguração de saberes e expressão de outras racionalidades. A própria instituição médica

⁶ Neologismo que pretende misturar partes do sentido das palavras ruptura (rompimento, quebra, corte), irrupção (brotar com ímpeto, com violência) e do prefixo grego dys, que contém a idéia de função alterada, não no sentido medicalizado de anormalidade, mas de subversão da normalidade. A idéia que pretendo afirmar com esse neologismo é a de quebra da identidade paradigmática com emergência das possibilidades múltiplas que foram colonizadas por essa identidade partida, sem, entretanto, implicar num processo normatizado pela idéia de uma nova identidade paradigmática idealizada ou pela crítica reacionária a qualquer combinação/territorialidade. Uma aproximação poderia ser feita com a idéia de emergência de arquipélagos movediços, radicais e explosivos de mini-racionalidades locais (que não são racionalidades mínimas) pela quebra da racionalidade global da modernidade, conforme Boaventura Santos (1997:102-111), tal como se verá no decorrer desta Tese.

mostra-se em movimento, provocado por pressões externas e internas. Em diversas situações está nominada uma crise nas suas publicações, que vem sendo cada vez mais referida à configuração dessa instituição, e à matriz de racionalidade que se tornou hegemônica desde a modernidade. Experiências de avaliação do ensino médico realizadas atualmente, particularmente a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), identificaram problemas no processo de formação desses profissionais. Mas essa constatação também emerge do sistema de saúde que absorve as ações produzidas por esses profissionais. Esse foi o primeiro Território explorado pela pesquisa para a busca de inovações

Partindo da convocação metodológica produzida pela segunda ruptura epistemológica⁷, tratou-se, portanto, de buscar, através da análise das produções veiculadas nas publicações das entidades médicas (AMB e CFM) e do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), da análise de documentos e do acompanhamento de eventos desenvolvidos nesses dois espaços (Conselho e Medicina), a ocorrência de rupturas com os paradigmas tradicionais da ciência moderna (através do resgate das racionalidades estético-expressiva e moral-prática, por exemplo), a reconfiguração dos saberes e poderes científicos e do senso comum ou sinalizações da transição do paradigma da cientificidade moderna (*vibrações, fragmentos pré-paradigmáticos, mini-racionalidades, paradigma virtual do presente*, segundo as sugestões de Boaventura Santos).

A análise dos territórios escolhidos para a pesquisa foi antecedida pela descrição de *marcas, cicatrizes* e de ferramentas utilizadas pelo cartógrafo (Capítulos I e II), tendo em vista a convicção de que as verdades produzidas no trabalho de pesquisa, pelo revezamento entre teorias e práticas, têm uma possibilidade de aplicação não pela imposição vertical, na qualidade de verdades totalizadoras, mas pelo cotejamento com as realidades próprias e as sensibilidades de outros autores e pesquisadores. Esse é também o motivo que levou à escolha por uma análise de caráter descritivo e exploratório dos territórios escolhidos para a pesquisa. Não se tratou de buscar apenas o que, no primeiro contato com o cartógrafo, suscitasse a idéia de inovação. Ao contrário, fez-se uma descrição detalhada dos percursos por onde se andou, com o objetivo de deixar registradas também outras conexões verticais, horizontais e diagonais que não tivessem sido vistas num primeiro olhar, sentidas num primeiro contato e incorporadas numa primeira escuta.

A maior contribuição que se quis desta pesquisa é a proposição de uma vertente de análise da clínica e da formação médica que nasce nos interesses populares (contato ético com as *forças de vida* no coletivo social) e se projeta sobre os modelos acadêmicos (*estasiamento* moral das *forças da vida*, conformando um perfil profissional) como transversal do tempo (*sopros* de ar puro sobre a *medicalização, oxigenação* de tempo sobre a formação e a clínica exercida pelos médicos). É, em outras palavras, um uso do conceito/ferramenta que reproduzi (apropriando-me antropofagicamente de outros autores, como se verá adiante), a Educação Popular e Saúde: o registro das *tensões/movimentos* produzidos desde a *periferia* do cenário da atenção oficial à saúde (por entremeio aos *marcos* institucionais: a Medicina, os Serviços de Saúde e as Escolas Médicas) pelas *forças* que se *chocam* continuamente e que são aprisionadas pela história oficial e pela ciência moderna no seu aspecto hegemônico - reduzidas de sua multiplicidade à sua dimensão visível e conjunturalmente adequada. O registro feito procurou captar outras forças, potencialmente capazes de, transversalmente ao registro oficial/cronológico da história, oxigenar a formação e a prática médicas, não somente no seu aspecto corporativo/profissional, mas delas enquanto dimensões da saúde⁸.

Busquei não levar o entrecruzamento das idéias oficiais e das idéias populares a uma *verdade ampliada*, finalmente desvelada, da alternativa de forjar na academia e no espaço dos serviços o novo médico da contemporaneidade, mas à concatenação de elementos que contam da *desfiguração* dos paradigmas quando nos aliamos às nascentes de forças de vida e desejamos que uma prática profissional só faça sentido quando se põe à escuta ética por sua demanda. Esta cartografia não pretende recodificar; apenas acolher a invenção con-

⁷ Segundo Boaventura Santos (1989), a segunda ruptura epistemológica é a "ruptura com a ruptura epistemológica": o estabelecimento de novas relações entre ciência e senso comum, que concebe que "qualquer deles é feito do outro e ambos fazem algo de novo" (p. 40). Transformando tanto a ciência quanto o senso comum, a dupla ruptura cria "uma configuração de conhecimentos que, sendo prática, não deixe de ser esclarecida e, sendo sábia, não deixe de estar democraticamente distribuída" (p. 42).

tínua na academia e nos serviços, portanto a sua constante reconfiguração na fronteira de um compromisso ético-estético-político⁸. Procurou, assim, buscar elementos para pensar em uma clínica médica que, para não deixar de comprometer-se com a saúde das pessoas (para não deixar de ser *clínica*, portanto), abrisse mão das *representações* que a identificam em busca de outras configurações, outros modos de relação com o outro, a *escuta*; enfim, como caracterizarei teoricamente nos próximos capítulos, pensar em uma *clínica nômade*. Tendo em vista o desejo de repensar o ensino e a aprendizagem, também busquei identificar um conjunto de dispositivos que permitissem repensar esses processos. Utilizando-me das ferramentas obtidas nas análises feitas em outra oportunidade (Leite e Cols., 2001), não bastaria, para isso, estudar currículos e pedagogias específicas da formação médica. Assim, tomou-se um conceito de pedagogia utilizado por Dornelles (1996) para propor outro conceito mais ampliado, de *pedagogia médica mestiça*, caracterizada pelas idéias inovadoras obtidas quanto às dimensões antropológica, metodológica e teleológica no processo de formação e na atuação dos médicos e demais profissionais da área da saúde. Essa busca respondeu também ao campo de análise proposto por Dornelles (1999), ao suscitar a busca de inovações à pedagogia medicalizadora identificada nos processos universitários e cotidianos de ensino e aprendizagem na medicina.

A título de apresentação da formatação desta cartografia, um primeiro Capítulo contará dos percursos e aprendizados desse cartógrafo que a compõe, o que permitirá uma melhor aproximação com as escolhas metodológicas (*as ferramentas*) e o plano ético-estético-político do trabalho que está sendo empreendido. Nesse Capítulo, uma primeira parte fará uma espécie de “cartografia do cartógrafo” e uma segunda parte tratará das ferramentas do trabalho.

No segundo Capítulo foi feita uma “carta preliminar” (traçadas as representações do mapa atualmente visível) desse cenário de aproximação entre a educação, as práticas médicas modernas e o campo da saúde pública. Também se fez algumas considerações sobre um *olhar pós-moderno* possível nesse cenário (uma espécie de *disposições preliminares* para esta cartografia).

Finalmente, no terceiro Capítulo deste trabalho cartográfico foram registrados os achados nos dois territórios pesquisados. Em ambos, utilizou-se a mesma metodologia de aproximação: o olhar panorâmico do conjunto dos assuntos abordados e do modo de funcionamento no interior de cada um, seguido da observação mais minuciosa de campos de idéias que, na sensibilidade corpórea do cartógrafo, mostravam tensões, rupturas e transição em relação ao paradigma médico atual (a “medicina científica” / “biomedicina”).

No primeiro Território, a medicina brasileira contemporânea, fez-se a análise exploratória das principais publicações do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Associação Médica Brasileira (AMB). Esse território mostrou-se instável e reativo, o que demandou a busca de outros materiais para a análise, inclusive notícias publicadas na imprensa comercial envolvendo alguns dos temas que tensionaram o Território, segundo as indicações colhidas na aproximação feita pelo cartógrafo. Esse movimento mostrou a circulação, no próprio território da medicina, de idéias que caracterizam, em parte, a crise paradigmática à qual se refere Boaventura Santos em diversos momentos de sua obra. Ao final da análise desse território, buscou-se fazer um primeiro entrelaçamento de idéias que suscitaram mais fortemente a sensação de tensionamentos, rupturas e transição de paradigmas, o que caracteriza o conceito de inovação utilizado nesta Tese.

No segundo Território explorado, o cartógrafo seguiu indícios de idéias inovadoras à formação e à clínica médicas pelas Reuniões Plenárias do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS). Nesse território, além da busca de idéias inovadoras à clínica médica (entendida como o conjunto das práticas desencadeadas para a atenção à saúde), também o modo de construir conhecimentos para subsidiar as

⁸ Veja-se que saúde, aqui, não tem o sentido médico de estado oposto à doença, mas de “estado capaz de potencializar nossa capacidade humana (orgânica-intelectiva-afetiva) de estabelecer uma vida social de acordo com nossa necessidade de uma existência alegre e geradora permanente de transformações individuais e coletivas” (Ceccim, 1997: 31).

⁹ O conceito dessa dimensão ético-estético-política foi apropriado de Sueli Rolnik (1993) para designar a combinação de um plano ético (escuta ao estranhamento produzido em nós pelo contato com a diferença, abertura a outros territórios de existência; ou seja, não o rechaço, a classificação, o disciplinamento e a normalização, mas o compromisso com outros valores e outras possibilidades de vida), de um plano estético (que se recria constantemente a partir do constrangimento das diferenças sobre suas próprias marcas; que acolha o outro - pessoas, idéias, valores e coisas - transformando o “eu”) e de um plano político (luta contra o que serializa, homogeniza, normaliza e disciplina a existência de cada um).

práticas do próprio Conselho mostrou-se significativo para o objetivo da cartografia. No trânsito pelo Território do Conselho, o trabalho do cartógrafo foi sensibilizado pelo protagonismo de um dos sujeitos que atuam nele. Tamanha intensidade nas produções de idéias e na invenção de novas possibilidades para a expansão do Território (linhas de fuga), fez com que o cartógrafo incorporasse as contribuições de uma cartógrafa auxiliar.

Finalmente, na última parte do Capítulo III, são tecidas as idéias captadas pelos territórios pesquisados, no mapa analisado, nas próprias ferramentas/conceitos da pesquisa e nas *marcas* e *cicatrices* do cartógrafo. Fios de cada uma delas puderam ser tramados com densidade suficiente para produzir não somente a convicção da crise de degenerescência da racionalidade hegemônica na medicina moderna, na sua verdade absoluta e na pedagogia medicalizadora que a tem reproduzido, senão também para constituir planos inovadores de possibilidades nos campos da clínica, configurando a clínica nômade, como também numa pedagogia emergente, a pedagogia médica mestiça.

Para iniciar a viagem pelos registros produzidos pela cartografia, além de seguir a leitura, é necessário recolher a âncora que fixa a produção científica no pólo da racionalidade da ciência moderna. Recolhê-la, para viabilizar o movimento, e abrir a escotilha do pensamento, para viabilizar o contato com as suas dimensões exteriores. As orientações para a viagem foram sendo registradas na seqüência em que se fizeram necessárias e para a partida não é necessário (tampouco desejável) afivelar os cintos de segurança.

Um alerta: *a tripulação não está treinada para enfrentar toda e qualquer emergência e é particularmente sensível aos cantos de sereias!*

CAPÍTULO I

PERCURSOS E APRENDIZADOS DO CARTÓGRAFO

Temos de tornar-nos outra vez *bons vizinhos das coisas mais próximas* e não, como até agora, olhar tão desdenhosamente por sobre elas em direção a nuvens e demônios noturnos. Em florestas e cavernas, em terras pantanosas e sob céus encobertos – ali o homem, em graus de civilização de milênios inteiros, viveu por demasiado tempo, e viveu precariamente. Ali ele *aprendeu a desprezar* o presente e a vizinhança e a vida e a si mesmo – e nós, nós habitantes da *campina mais clara* da natureza e do espírito, recebemos ainda agora, por herança, algo desse veneno do desprezo pelo mais próximo em nosso sangue. (Nietzsche, 1999: 125)

Busquei os estudos nos cursos de Pós-Graduação *stricto sensu* em Educação porque acreditei que proporcionassem uma fértil oportunidade de teorizar a partir do desconforto pessoal, resultante do confronto entre a escolha do Curso de Medicina - precedida por um processo de decisão imbricado na minha própria história de vida - e a realidade concreta oferecida pela escola médica: currículo, relações, disciplinamentos, hierarquias e vivências. Mais do que com o curso de graduação, esse confronto aplica-se à instituição médica, à forma como se organiza para produzir ações de trabalho, já que acredito que seu dever de ofício requeira uma *escuta*¹ sensível aos elementos da cultura, da construção da cidadania e de outras subjetividades. Desconforto particularmente com a apresentação hegemônica da ação médica, que se mostra como trabalho exclusivamente técnico, fundamentado numa racionalidade anátomo-fisiológica, autônomo, dissociado das demais práticas sociais, inclusive no próprio sistema público de saúde desenhado pela Constituição Brasileira de 1988, e externo às áreas de interface da Educação e da Saúde, o que poderia favorecer sua reconfiguração. Ao contrário, a imagem fixa de trabalho técnico tem permitido dissimular práticas extremamente políticas: imposição de comportamentos normais e modos saudáveis de vida, em acordo com a moral vigente.

Após esta panorâmica apresentação de intenções, pretendo mostrar o percurso e algumas *marcas* (o processo inicial de *aquisição das ferramentas*). Penso que percursos e *marcas* (a *história*² das práticas) sejam, para além de viés ameaçador da apregoada “neutralidade” da ciência moderna, fatores de tensionamento e ferramentas para o revezamento da teoria. Portanto, condições que favorecem o “dever de mudar o mundo” (Freire, 2000: 53).

Este Capítulo responde a uma convicção de cunho epistemológico: localizar o autor no entrelaçamento com sua produção. Compartilho da posição daqueles autores que, desde diversas denominações, têm feito críticas às metodologias e aos supostos da ciência moderna. Não acredito em objetividade universal, apenas na objetividade particular, local e fragmentária de um conhecimento histórico e mutável/mutante, construído no diálogo entre o pesquisador, o entorno e seus agentes, entre a teoria e a prática, entre diversos campos de conhecimento (inclusive o conhecimento *pragmático* imbricado no *senso comum* e na ação das classes populares).

A universalidade dos conhecimentos, segundo a convicção que compartilho com esses autores, que vão sendo referidos no texto à medida que suas contribuições forem apropriadas, é dada pela sua possibilidade de uso, de aplicação, em outros contextos para além do contexto concreto em que foram desenvolvidos. Não me parece, assim, que sejam suficientes para justificar o compartilhamento de um conhecimento, as tradicionais descrições de *materiais e métodos*, senão a análise das *condições de possibilidade* desse conhecimento: as trajetórias e os interesses do seu autor, as motivações, os projetos e os pressupostos do autor (os lugares de onde fala o autor), que ajudam a compreender as escolhas, os parâmetros de valorização e os

¹ Conforme Ceccim (1997), na atenção qualificada à saúde há necessidade da *escuta à vida* do doente, o que significa que, para além da função fisiológica (audição das suas falas), é necessário que se busque perscrutar “os mundos interpessoais que constituem a nossa subjetividade para cartografar o movimento das forças de vida que engendram nossa subjetividade” (p.31). Não uma escuta normativa e disciplinadora, carregada dos preceitos técnicos que fundam o saber científico em saúde, mas uma escuta que permita potencializar, no adoecimento e na cura, mas também nos modos de viver, o aprender, o relacionar-se, as forças de vida que estimulam a invenção de novos territórios do estar saudável - adoecer e curar-se, tanto para o doente quanto para o profissional.

² Popkewitz (1994), a partir de Foucault, ajuda a pensar numa leitura da história que, ao invés de interpretações de fatos e realidades fixas ao tempo, explora sistemas de idéias, padrões de pensamento e razão, como *práticas sociais que constroem os objetos do mundo*. Assim, conforme nos fala Veyne (1995) a partir do mesmo filósofo francês, correlacionando *objetos naturais* e *fatos* com as *práticas vizinhas* onde se ancoram, é possível “desnudar” a realidade, “dissecá-la” e “estudá-la”; a partir da “história” arqueológica e genealógica das práticas, é possível enxergar verdades e organizar lutas. Há existência e movimento para além dos traçados da história oficial: “pensamentos são ações” nos diz Nietzsche (2002: 107), para fortalecer a potência desse foco de análises.

modos de articulação dos elementos de que faz uso para desenvolver novos conhecimentos, das fontes de explicação e as prioridades que abre mão para abordar os contextos que estuda.

Os próximos blocos de texto que compõem esse Capítulo buscam, principalmente no período de vida até o final da formação acadêmica, elementos das áreas da Educação e da Saúde que ajudam a identificar esses fatores com interferências nas escolhas de vida e na aquisição das ferramentas que serão utilizadas nesta Tese.

O primeiro bloco tratará do contato mais íntimo com idéias do *senso comum*³ a respeito da atenção em saúde, que decorreu principalmente no tempo da infância. O segundo bloco mostrará a trajetória com a identidade médica oficial durante a graduação. O último bloco buscará, no contato com os serviços de saúde e com a aproximação com experiências de Educação Popular, dois níveis distintos de tensão com as idéias oficiais.

O *tempo* do contato com as atividades de pós-graduação, de muita intensidade no *metabolismo* dessas *marcas* e, igualmente, intenso na produção de novas *marcas*, será apresentado no decorrer de toda o projeto e no próprio desenho dessa pesquisa. Ele significou a própria condição para a organização das idéias, como estão apresentadas aqui.

³ O termo *senso comum* tem aqui um sentido que não é o comumente utilizado (idêntico a conhecimento vulgar) para classificar formulações não coincidentes ao conhecimento científico. Conforme nos auxilia Boaventura Santos (1989), o *senso comum* é o menor denominador comum daquilo que um grupo ou um povo coletivamente acredita. Por um lado, contém as formas de subordinação e resistência culturais; por outro lado, contém uma diversidade de formas e a diversidade de “pensamentos que não foram pensados” pela racionalidade científica dominante (a razão ilustrada).

1. UMA VONTADE LIMÍTROFE VAI SE FORMADO NO TRÂNSITO ENTRE EDUCAÇÃO E SAÚDE

Nasci num cenário bastante marcado por contextos de *trânsito e mestiçagens*. Família composta basicamente por descendentes de imigrantes italianos e alemães (diversidade pronunciada de culturas étnicas, valores e idiomas), em trânsito do espaço rural para a “cidade grande” (culturas urbana e rural), num tempo da história nacional com forte marca institucional: de um lado o Estado Federativo - “todo-poderoso” - vigilante, onipresente e radical na defesa de um nacionalismo oficialista e excludente; por outro lado, segmentos progressistas da Igreja, que concedia uma espécie de salvaguarda da perigosa desconfiança das autoridades para com os descendentes de imigrantes - particularmente dos que mantinham traços da cultura de origem e, em especial, a língua - mas também impunha uma severa disciplina e uma incondicional subordinação a valores e padrões morais de conduta.

Desde cedo fui desenvolvendo tecnologias de mediação entre as culturas italiana e alemã para a solução de impasses colocados pelas disputas na matriz familiar (preferências alimentares e de hábitos, folclore, habilidades com a língua, etc.), entre os contextos rural e urbano (preconceitos de origem, da pronúncia das palavras, da familiaridade com os “eventos” urbanos) e, de modo bastante incipiente, entre diferentes nuances do que, discreta e dissimuladamente, chamavam de “a política”. O trânsito por essa entidade, “a política”, era feito através da escuta das posições convictas do avô paterno sobre o desserviço prestado à nação pelos “comunistas” (outra “entidade” proibida, tornada sinônimo de subversão e delinqüência). Ao mesmo tempo em que via aumentar sua militância em favor do “governo”, inclusive à custa de sua cultura étnica, assistia sua desestabilização financeira, com a diminuição de seu patrimônio e, posteriormente, sua migração para a cidade.

No outro extremo da “política”, via a militância de algumas pessoas próximas à família, principalmente estudantes ligados aos movimentos progressistas da Igreja, trazendo notícias de conflitos pelo país: massacres num então desconhecido Araguaia, desaparecimentos nas grandes cidades e inclusive de alguns desses amigos. Para minha surpresa, ouvia-os culpando por esses genocídios o mesmo “governo” que o avô paterno tão ardorosamente defendia. Desafiando ainda mais minha compreensão, ouvia os discretos, mas convictos, comentários do avô materno, às pessoas mais próximas, para que evitassem o envolvimento com a tal “política”, tão perigosa e hostil.

A escola, ao mesmo tempo em que estimulou a apropriação da leitura e da escrita e o convívio com alunos “maiores”, os quais demonstravam mais intimidade e menos intimidação com as informações “da política”, foi consolidando um ritual familiar de muito prazer em torno das tarefas escolares: boas lembranças ainda me povoam a memória das atividades realizadas com a colaboração dos meus pais, sempre estimulando uma conquista adicional em relação ao que supunham ser o objetivo da tarefa. A proximidade que, de regra, marcava meus pais e meus primeiros professores, por decorrência de atividades culturais promovidas pela Igreja em que participavam conjuntamente, fez com que houvesse bastante suavidade na passagem pelos primeiros anos da escolarização, realizada em escolas públicas, como a totalidade do ensino regular e da formação superior.

Nos anos subseqüentes, essa “tecnologia” desenvolvida até então para a aprendizagem e a bagagem de conhecimentos acumulados foram companheiras no trânsito pelas pequenas violências do cotidiano escolar: exemplar a quase interdição à produção de texto pela exigência da letra cursiva ao invés da *script*; ou mesmo a estigmatizante exclusão das práticas desportivas pelas reações eventuais de mal-estar e indisposi-

ção ao longo tratamento médico que realizei durante o final da infância e toda a adolescência (Febre Reumática⁴).

Mas, se nesse episódio, o encontro saúde e educação (no caso, agravo à saúde e educação escolar) tem um registro de conflito, uma marca diferente e mais intensa lhe tem precedência: a do nascimento. E essa marca, seguramente, compõe uma boa parte da potência que acredito existir nessa interface.

Sou o único filho do casamento de meus pais. Após uma gestação aguardada por alguns anos, os sinais que anunciavam meu nascimento desestabilizaram a confiança no atendimento médico: o ritual técnico se mostrou mais misterioso do que os riscos que se dispunha a prevenir. Então, restou a alternativa de um parto domiciliar com a assistência da avó materna. Sua experiência de mãe (doze filhos!) e da assistência que prestava regularmente (aos moribundos, aos doentes, às parturientes, aos recém-nascidos e a seus pais “iniciantes”) desdobrou-se em procedimentos técnicos e explicações que foram dando sentido à sucessão de “eventos” do entorno do meu nascimento, fortalecendo também a capacidade materna de acolhimento. O duplo *acolhimento* que marcou o episódio, associando intensidade de afetos, demanda por cuidado em saúde e ação educativa de significação dos “mistérios” desse nascimento, revelou a força do respeito à cultura para introduzir conhecimento e convocar ao pensamento, que se manifestam e se atualizam a cada relato que ouço desse momento. Sem propor nenhum apanágio dessa cena do nascimento, a convivência com essa avó-parteira-conselheira-e-terapeuta também foi conformando uma expectativa de *integralidade* (*inteireza*, me ensinou a leitura de Paulo Freire) para o encontro da educação e saúde (com contornos de “popular”, “comunitário”, “social” e outros tantos que o tempo foi adjetivando).

Outros contatos com o atendimento “clínico” à saúde, facilitados pela opção profissional de familiares para o trabalho em saúde, também tiveram marcas afirmativas.

Entretanto, quer por contatos pessoais com menor acolhida ou por relatos de outras pessoas, fui percebendo que tive experiências “paralelas” com essas instituições: nem a escola que me desafiava a aprender mais e nem os recursos de saúde que acolhiam minhas demandas eram contextos “normais”, disponíveis à maior parte das pessoas e sequer mostravam-se imunes à contradição nos meus diversos contatos com elas.

E foi com as mediações/produções do *devir* militante (do trânsito *gauche* na “política”), do *devir* migrante (estrangeiro, urbano-rural), do *devir* aprendiz (da escola “paralela”), do *devir* terapeuta (da avó-bruxa e de uma mãe-intensidade de afeto), do *devir mestiço* (pela mistura de raças e culturas) e tantos outros, que decidi e implementei a opção pela área da educação e saúde: o curso técnico de Auxiliar de Patologia Clínica no então denominado 2º Grau, o trabalho para a manutenção financeira e para investimentos prévios no objetivo de cursar medicina em uma Universidade *pública*, vestibular, reprovação, “cursinho” de preparação, nova tentativa e a aprovação.

Enquanto isso, a origem familiar italiana sensibilizou a descoberta das trajetórias do Movimento Sanitário Italiano, fortalecedoras do ideário de uma sociedade solidária, democrática e socialista, que já marcava minhas práticas sociais, desencadeou a aproximação com os militantes do Movimento Sanitário Brasileiro e suas elaborações teóricas na Saúde Coletiva. Assim, fui acumulando um patrimônio cultural e um sonho de vida que atribuíam ao campo da saúde uma função social estratégica e às práticas de saúde e de educação uma condição de vetores de práticas sociais articuladas com valores sociais contra-hegemônicos e portadoras da construção (*reinvenção*) do mundo.

O movimento em direção à UFRGS, embora implicasse em uma alteração significativa no modo de vida, teve o sentido de buscar uma formação compatível com o exercício da medicina no sistema público

⁴ Doença inflamatória auto-imune, apresenta quadro clínico de uma doença febril, que pode envolver as articulações, o coração e o sistema nervoso, onde podem ser desenvolvidas seqüelas permanentes da doença. A Febre Reumática é mais freqüente em crianças em idade escolar e pré-escolar, faixa onde é maior a incidência de infecções bacterianas (especificamente por estreptococos beta-hemolíticos do grupo A), e está associada a um intenso comprometimento do estado geral. A ocorrência dessas infecções, de forma recorrente, em pessoas com maior predisposição genética, além de outros fatores ainda desconhecidos, é a causa dessa doença. Por isso, o “tratamento” consiste na prevenção dessas infecções, o que é feito principalmente por meio do uso continuado de antibióticos, além do uso de anti-inflamatórios e outros medicamentos para a sedação dos sintomas associados. É uma das doenças que mais precocemente pode comprometer de forma crônica o coração (Achutti & Cols., 1996).

de saúde. Essa era a única alternativa que julgava ter afinidade *política e ideológica* com a formação obtida até então para meu exercício profissional, após as leituras críticas sobre a organização do trabalho em saúde e das possibilidades institucionais que vinham sendo criadas no Brasil.

Prestei concurso para a Prefeitura Municipal de Porto Alegre, com vistas ao trabalho na Secretaria Municipal da Saúde e fui aprovado, o que garantiu a possibilidade de autonomia financeira, por um lado, e uma aproximação com o trabalho em saúde pública, por outro. O trabalho no setor público municipal e o ingresso no Curso de Medicina, quase simultaneamente, mais que coincidência, reforçavam uma escolha de estudos e aprendizagem onde a educação popular e saúde ganhavam forte destaque.

2. FORMAÇÃO ACADÊMICA: UMA IDENTIDADE APERTADA

A leitura ocasional de uma experiência de escolarização deixou-me um registro de impacto. O educador que o escreveu diz que o currículo escolar, que lhe inculcava valores e conhecimentos estranhos, e as janelas da escola, que lhe permitiam ver o “lá fora”, fizeram-no compreender que, em muitas situações de vida, farsa e tragédia se misturam (Nosella, 1991).

Minha primeira aula na Universidade deixou uma *marca* semelhante. Ao chegar à sala de aula, após três dias de recepção com programação definida pela direção da Faculdade, deparei-me com uma lousa repleta de informações, um professor nos encaminhando para as atividades práticas referentes aos conteúdos de anatomia humana programados para os primeiros dias de aula e a impressão de que algo estava errado. O primeiro contato direto com o corpo sem vida, fragmentado e objetualizado, fazia-se em meio à violência de um ambiente hostil (o subsolo de um prédio centenário, onde se localizavam os laboratórios) e à recepção pelo docente contrariado. Em questão de minutos, a boa impressão causada pela cerimoniosa recepção dos dias anteriores, pela direção da Faculdade, foi substituída pelos fartos adjetivos desqualificadores do professor a respeito da mesma, também comunicando que os conteúdos “perdidos” por aquele tempo de ausência não seriam recuperados, uma vez que, como não fora informado da recepção, comparecera à sala de aula nos horários previstos e “cumprira sua obrigação”.

(Esse episódio marcou um dos meus primeiros choques com a dissociação ciclo básico/ciclo clínico da formação médica. Essa dissociação, visível no cotidiano e clássica nas análises sobre a graduação em saúde, estava atualizada na estrutura organizacional da UFRGS à época da minha graduação: a maior parte do “ciclo básico” era oferecido pelo Instituto de Biociências e o ciclo clínico era oferecido pela Faculdade de Medicina e, principalmente, pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre, ou seja, em três instituições independentes e dissociadas. Conflitos de toda a ordem, além dos epistemológicos que são referidos nas análises tradicionais sobre esse aspecto da formação médica, permeavam as relações entre os três órgãos, muitas vezes transparentes nas atividades acadêmicas, como no episódio relatado. À dificuldade reconhecida de associar conteúdos “básicos” aos “clínicos”, quando propostos em tempos e contextos diferentes, associa-se, no caso, a deliberação de afirmar como “menos válidos” aqueles conteúdos pertencentes à “outra parte”: os representantes do ciclo clínico, esforçando-se para demonstrar uma “postura profissional”, bem sucedida com a chegada na clínica, e os representantes do ciclo básico, sem muita valorização, marcando a importância do conhecimento “objetivo” transmitido nessa fase, responsável pela boa clínica que não estaria comumente associada aos representantes do hospital.)

Essa postura vertical coincidiu com outra, dos alunos do semestre anterior (os “veteranos”), que impunham atividades grotescas e humilhantes. Tudo isso sem qualquer intervenção docente ou de qualquer outro representante da instituição, o que explicitou uma cisão entre o discurso institucional - as falas da Direção - e as práticas institucionais - o cotidiano da “aprendizagem”. Como se as falas e as práticas (discursos, gestos e silêncios) desconectadas fizessem parte de um mesmo jogo, ou, como traduziu a leitura inicialmente referida, um misto de farsa e tragédia.

São fartos os exemplos de vivências pessoais de como o desenho curricular do curso médico, bem como dos movimentos cotidianos no seu interior, distanciam-se da construção de práticas potencializadoras de cidadania e solidariedade. Mas não se trata aqui de descrevê-los e sim de mostrar como, através do desconforto que foram produzindo, novas possibilidades foram sendo construídas para dar passagem à formação que desejava.

Seguramente, a primeira reação, após superar o inevitável questionamento sobre a escolha profissional, foi mobilizar as *marcas* anteriores para que sustentassem algumas mediações. Assim, mesmo acumulando atividades de trabalho e acadêmicas, busquei disciplinas opcionais, cursos de extensão e leituras que me auxiliassem a organizar novas possibilidades de trânsito entre a formação acadêmica e o trabalho que desejava desenvolver. Uma variação bastante grande pode ser vista entre as atividades de formação complementar das quais participei: desde aspectos técnicos específicos que sentia necessidade de aprofundar até questões mais globais, da área das ciências humanas e sociais, para entender o modo como as pessoas se relacionavam entre si e com as diversas instituições em que transitavam. Enfim, foi um tempo em que estive determinado a “entender o mundo” e, mais, a mudar o mundo por meio de tecnologias sistematizadas pelas ciências.

Alguns relatos de atividades acadêmicas merecem destaque e gostaria de comentar as disciplinas de “Acompanhamento de Família”, “Sócio-Antropologia da Saúde”, “Introdução à Psiquiatria” e as atividades do Departamento de Bioquímica.

Acompanhamento de Família era a designação comum de um conjunto de seis disciplinas, inseridas no currículo do Curso de Medicina da UFRGS implantado em 1979, em resposta a uma forte tendência na formação médica latino-americana: a introdução da orientação da Medicina Comunitária e da Medicina de Família. Essa orientação, originária nos Estados Unidos e na Inglaterra, espalhou-se pela América Latina no final da década de 70 e na década de 80 sob o patrocínio de entidades internacionais, como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e as Fundações Rockefeller e Kellogg. No ensino médico, essa proposta, que estava inserida em programas mais gerais de mudança de políticas sociais para a “integração” dos “marginalizados sociais”, propunha: “integração docente-assistencial, expansão e aceleração da formação de pessoal auxiliar e técnico, integração de matérias básicas e profissionalizantes, aumento de matrículas com prioridade para estudantes oriundos de baixa renda e estruturação de planos nacionais de saúde” (Silva Júnior, 1998: 57). Na prática, ancorada numa crítica ao modelo flexneriano⁵ hegemônico, essa orientação visava a um conjunto de procedimentos simplificados e de baixo custo para a ampliação de cobertura à população pobre, configurado num modelo assistencial baseado em cuidados primários de saúde.

No currículo do Curso de Medicina da UFRGS vigente na década de 80 e nas discussões que foram produzidas nesse período para a “transformação” do ensino médico, essa orientação, como, aliás, o conjunto das orientações com base na crítica do modelo flexneriano da denominada “medicina científica”, teve forte impacto. As seis disciplinas de Acompanhamento de Família, oferecidas em caráter obrigatório nos primeiros semestres do curso médico, pressupunham uma carga horária de quatro horas semanais, equivalente a algumas disciplinas mais clássicas do ciclo básico. Foram organizadas numa proposta de responsabilidade interdepartamental e, para maior fidelidade à matriz de orientação teórica, desenvolvidas em serviços de saúde da periferia urbana de Porto Alegre.

Ao meu ingresso no Curso de Medicina, um “novo” formato curricular estava sendo gestado. Pretendia substituir o então existente, cujas “características reformadoras e sua meta visavam ajustar a formação médica às condições de saúde da população” (Goldani, 1989: 8). Mesmo o currículo vigente, que já havia representado uma mudança em relação ao currículo anterior, de orientação mais “conservadora”, mobilizou diversos setores da Faculdade de Medicina. Foi formatado com uma ampliação significativa dos espa-

⁵ O chamado Relatório Flexner, publicado em 1910, resultante da avaliação de 155 escolas médicas norte-americanas coordenada por Abraham Flexner, induziu a profundas alterações no processo de formação de médicos nos Estados Unidos e Canadá e, posteriormente, por meio da pressão econômica dos órgãos financiadores internacionais, na maioria dos países capitalistas ocidentais. A pesquisa, feita pela Fundação Carnegie de Educação a pedido da *American Medical Association*, constatou que apenas 20% das escolas médicas norte-americanas adotavam estratégias de formação com base na racionalidade científica moderna e no consumo das tecnologias médicas produzidas pela indústria emergente. O Relatório defendeu a uniformização da graduação médica a partir de um currículo mínimo com quatro anos de estudos em ciências básicas da saúde e a valorização da aprendizagem em hospitais universitários especializados. O corpo humano foi conceituado a partir de órgãos e sistemas independentes, para facilitar o domínio da ciência pelos estudantes. Segundo Fontes (1999), a partir das recomendações do Relatório Flexner, “a formação biomédica no Ocidente uniformizou-se ao redor dos conceitos mecanicistas e dos interesses capitalistas que até os dias de hoje persistem na biologia e nas ciências da saúde” (p.44).

ços de ensino “extramuros” e das atividades interdepartamentais, mas não foi consensuado internamente⁶. Ao contrário, acirrou disputas entre departamentos, que se manifestaram, pragmaticamente, no momento posterior ao de definir o desenho curricular, ou seja, na sua operacionalização. Poucos professores mobilizaram-se para as atividades fora do hospital universitário e do Instituto de Biociências, não houve incremento de acervo bibliográfico de suporte nas áreas de maior destaque. Em resumo, somente alguns semestres depois de implantado o novo currículo, os principais “avanços estratégicos” conquistados nas disputas do longo processo de formatação curricular estavam ameaçados pela infraestrutura insuficiente. Os alunos, em sua maioria, foram se adaptando a menor valorização dada institucionalmente às atividades da disciplina e uma crise de continuidade instaurou-se. As lideranças estudantis, por sua vez, envolveram-se fortemente no processo de configuração de um novo currículo, o que favoreceu ainda mais a deterioração dos avanços existentes.

Nesse contexto de disputas pela orientação do currículo futuro e retrocessos na formação existente, coube a alguns professores e poucos estudantes a defesa, que se mostrou ineficaz, das disciplinas com configuração menos subordinada ao modelo biomédico, como aquelas de Acompanhamento da Família. Com alguns colegas e o apoio dos professores que idealizaram a disciplina, fomos propondo atividades para os três semestres em que ainda foi possível mantê-la. Além de planejar as atividades, em muitas vezes nos cabia a responsabilidade por sua coordenação, dada a insuficiência de supervisores docentes. A adesão dos colegas foi, obviamente, reduzindo-se verticalmente à medida da aproximação dos finais de semestre e das provas. O esvaziamento das atividades foi produzindo a diminuição das próprias disciplinas. A carga horária das mesmas nos semestres subseqüentes foi transferida para outras atividades e, progressivamente, os professores que haviam se mobilizado para a docência foram sendo transferido para outras atividades nos seus Departamentos de origem (sempre em atividades secundárias, indicando explicitamente uma menor valorização das atividades realizadas no ambiente extra-hospitalar)⁷.

Relendo os acalorados textos que fiz em defesa da continuidade da disciplina, recheados de argumentos que muitas vezes reproduziam o discurso assistencialista que hoje critico naquela orientação, concluo que a importância e o aprendizado que obtive naquelas atividades não está no que pude, à época, teorizar e/ou incorporar à “experiência clínica”⁸. Mais imediatas sempre são as lembranças da mobilização e da autoria, do contato direto e horizontal com os professores envolvidos nessas atividades (em sua maioria, importantes atores na mobilização prévia pela definição do currículo e, portanto, referências para o conjunto de alunos da faculdade), do conjunto de descobertas possibilitadas pela atuação em regiões da cidade

⁶ Em sua Dissertação de Mestrado, o Prof. Sérgio Goldani (1989) analisa o currículo então existente (142.0), implantado em 1979, classificado como “reformador” e o processo de rediscussão da grade curricular desencadeado em meados de 1995, com intensa participação discente, que é classificado como “transformador” e foi implantado em 1992 (242.0). Na verdade, o autor diferencia essas características, principalmente em decorrência da quantidade de atores envolvidos nos processos de implantação dos currículos: o primeiro, embora com objetivos ambiciosos no que é descrito como “uma guinada em direção ao médico prático geral (generalista)” (p. 33), teve implantação “praticamente ‘decretada’ pela COMCAR/MED” (p. 34); o processo de discussão, que estava fortemente vigente por ocasião do estudo realizado pelo autor, também tinha orientação centrada em um modelo de atenção focado em cuidados básicos de saúde, embora com uma expectativa de formação ampliada dos profissionais, por meio da incorporação de outros conhecimentos, teve forte participação docente e foi amplamente aberto à discussão da “comunidade acadêmica”. O “novo” currículo instalado, posteriormente à finalização do estudo citado, configurou-se, conforme previa o autor, como uma negociação de resultado nulo entre as posições em choque nas discussões que foram travadas nos anos de sua preparação.

⁷ Essa análise das dificuldades em manter a disciplina é compartilhada em pelo menos dois estudos. Foi descrita com maior detalhe por Goldani (1989) e também foi analisada por Machado (1987), que contextualiza as dificuldades na manutenção da disciplina, bem como das demais que compartilhavam a característica de não ter seu foco nos conhecimentos anátomo-clínicos, no conjunto das atividades curriculares que sobrecarregam os estudantes de medicina, inclusive com interferências diretas em suas vidas pessoais. Segundo o autor, em muitos casos, a resistência a essas disciplinas é derivada da noção criada no próprio curso de menor valor a elas, mas em alguns casos também decorre de mecanismos de preservação dos próprios estudantes, já que o excesso de atividades mostra-se de difícil administração.

⁸ Aqui faço um uso diferente daquele que será apresentado quando da revisão da produção foucaultiana sobre a medicina, quando a *experiência clínica* será definida como uma tecnologia biopolítica sobre o corpo. Uso aqui o sentido que Sérgio Rego (1995) faz do termo, ou seja, a experiência prática, não derivada diretamente do “aprendizado nos livros”. “Experiência clínica (...) confere ao médico um conhecimento que ainda não foi sistematizado e verificado cientificamente” (p. 129). Derivado, portanto, de combinações variadas de conhecimentos adquiridos pelo contato com a formação teórica e prática recebida na escola médica, mas também do contato direto com o seu entorno.

com intensa mobilização popular na discussão sobre a organização dos serviços de saúde e dos intensos vínculos que fiz com algumas das “famílias” às quais me foi atribuída a “responsabilidade assistencial”, assim entendidas as ações de educação para a saúde e de reforço do vínculo com a Unidade de Saúde à qual estavam adscritas, tarefas atribuídas aos estudantes. Uma parte importante do que acredito deva ser (e como deva ser) a clínica médica e sua articulação com os serviços de saúde foi decorrência dos *contatos* produzidos nessa disciplina.

As disciplinas de Sócio-Antropologia da Saúde e Introdução à Psiquiatria compartilharam com a de Acompanhamento de Família o momento da inclusão no currículo do Curso de Medicina da UFRGS: o ano de 1979. Também responderam às orientações que permearam os currículos de medicina latino-americanos a partir da segunda metade da década de 1970. A primeira delas, a forte aproximação com a área das ciências sociais, igualmente desdobrou-se do movimento de crítica ao modelo técnico-assistencial hegemônico de atenção à saúde e respondia a um conceito de determinação social das doenças e da organização do trabalho em saúde. Esse conceito, talhado por sanitaristas e pesquisadores em Saúde Coletiva, principalmente no México, Equador e Brasil, aglutinou boa parte do Movimento Sanitário nesses países e propunha a compreensão da produção social das doenças, tornando mais complexo a noção de etiologia vigente (uma ou mais causas conhecidas e de influência quantificável). Como consequência direta da crítica ao raciocínio clínico biologicista, houve uma grande aproximação com a área das ciências sociais, particularmente com a Sociologia, proposta então como uma espécie de *eixo constitutivo* de *novas* racionalidades e formas de organizar o trabalho médico.

Essa orientação foi tão forte na minha formação que, além das disciplinas curriculares - das quais destaquei a Sócio-Antropologia da Saúde pela importância que tiveram as leituras dos clássicos da área e que a acolhedora supervisão do Prof. Dr. Ernesto de Freitas Xavier Filho⁹ - procurei disciplinas opcionais junto ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas para complementar a formação. Para um militante que, como já confessei, tinha um insaciável desejo de transformação do mundo, redimensionar a formação acadêmica de uma “opressora tecnologia” de cálculo biológico (dicotomizada, fragmentada e impessoalizada) para um “todo” social parecia verdadeiramente revolucionário (e devo confessar que, no que se refere a minha formação médica, essa combinação de diferenças teve, efetivamente, força para produzir transformações importantes). Na atividade curricular, o contato com textos clássicos da Sociologia, da Antropologia e da Política, através de um estudo cuidadoso (ao invés da leitura folhetinesca que fazíamos nas atividades político-partidárias) proposto através de seminários, onde tínhamos a incumbência da leitura e apresentação das idéias dos autores, sempre com o acompanhamento docente (lembro-me de sessões de supervisão, com empréstimo de livros do acervo pessoal do Prof. Ernesto Xavier - àquela altura já afetuamente nominado como *Xaxá* - misturadas com confidências da militância pessoal, músicas tocadas ao violão, análises da situação política exemplificando ou contrariando as idéias dos autores lidos e, ao final, da minha sensação de grande responsabilidade ao planejar a apresentação aos demais colegas). Essa sensação, que ainda mobiliza o corpo, faz-me pensar que o Professor Xavier acompanha até hoje minhas idéias de integralidade para a atenção à saúde e, por extensão, à clínica médica.

A sedução da possibilidade de compreender, numa dimensão social, a produção de saúde e doença impactou a formação médica e seduziu a militância política, mas não respondia ao desafio de resolutividade na atenção individual. Embora atualizada na minha trajetória, esse era o *tom* das críticas que recebia essa orientação na Saúde Coletiva (chamada de Medicina Social, Ciências Sociais aplicadas à Saúde ou Ciências Sociais em Saúde, conforme revisão realizada por Kuchenbecker & Ferla, 1990). Em parte como resposta a essas críticas, em parte como consequência da necessidade de tornar mais humana a atenção em saúde, foram também incluídas na Reforma Curricular da Faculdade de Medicina da UFRGS de 1979, bem como em quase todos os currículos médicos reformados no entorno da década de 1980, as disciplinas das chamadas “ciências do comportamento”.

⁹ Muitas das reflexões oferecidas nas disciplinas e na orientação de pesquisa deste professor foram organizadas em duas publicações: Xavier Filho (1991) e Xavier Filho (1993).

As disciplinas de Introdução à Psiquiatria, nos quatro primeiros semestres da graduação, respondiam em parte a essa orientação. Divididas por conteúdos relativos às “fases do desenvolvimento” (infância e adolescência, idade adulta e velhice), além de uma quarta disciplina, relativa exclusivamente aos “aspectos da relação médico-doente”, essas disciplinas tinham uma orientação pedagógica bastante semelhante à Sócio-Antropologia: seminários, apresentação de idéias de autores, observações, experimentações supervisionadas. A exemplo do Departamento de Medicina Preventiva, responsável pela disciplina de Sócio-Antropologia, o Departamento de Psiquiatria também se organizava com orientações pedagógicas diferenciadas em relação à maioria dos demais Departamentos e com uma grande autonomia em relação ao cenário de ensino tradicional, o hospital. Não somente a orientação pedagógica diferenciava-se; também a postura de muitos docentes mostrava-se menos presa à atitude formal mais comum. Lembro-me da dedicação afetiva com que as Professoras Olga Falcetto e Maria Lucrécia Zavaschi falavam sobre o atendimento às crianças e aos adolescentes e, mais ainda, com que os atendiam. Lembro-me de, mais de uma vez, ter-me percebido descolado do conteúdo de suas falas e *conectado* no modo como realizavam seu trabalho: corpos vibrando, interagindo com ativas crianças e bebês, olhos faiscando... Parecia que, afinal, era possível mesmo “ser médico” de corpo inteiro¹⁰.

Também intensas foram as atividades na quarta disciplina da série de Introdução à Psiquiatria, com a Professora Aida Zimmermann: ora como verdadeiras sessões de psicoterapia de grupo para suavizar as pressões do curso médico, ora como intensas leituras e discussões sobre teorias e análises das interfaces do trabalho médico, o “pequeno grupo” de aproximadamente 20 alunos teve uma produção bastante particular naquele semestre. Às atividades com maior tensionamento, nas análises dos relatos de observação dos alunos, inevitavelmente seguiam-se discussões sobre a validade da disciplina, sobre as formas de avaliação; crises, enfim. E, lembro-me que, com a mesma segurança com que discutia textos e análises teóricas, lá estava a Professora Aida *administrando* as crises, sem jamais se utilizar de qualquer ameaça que acoasse o protagonismo dos alunos. E a essas crises seguiam-se novas combinações e, quase inevitavelmente, sessões individuais com aqueles de nós que haviam sido mais tensionados durante a atividade de grupo. E a essas atividades todas se seguiam novas atividades de grupo com as confidências das sensações mais fortes das atividades prévias. E a carga horária da disciplina sendo transbordada, pela opção de todos em incluir novas atividades. E novas atividades “extras” após o final do semestre. E aquela sensação do contato com a primeira professora (aquela primeira pessoa de fora do grupo familiar que parece ter dedicação exclusiva para nossos primeiros e incipientes aprendizados escolares e pela qual nos apaixonamos platonicamente!). E a convicção da integralidade na atenção médica aumentando, agora com mais elementos e mais ferramentas e a potência de mais afetos.

Um último comentário sobre as atividades curriculares que marcaram positivamente a formação médica refere-se às atividades do Departamento de Bioquímica e aqui se trata de ressaltar, mais do que o auxílio na dilatação da “experiência clínica”, a tecnologia em organizá-la. Nas diversas disciplinas oferecidas pelo Departamento houve sempre uma orientação pedagógica organizada na “Aprendizagem Baseada em Problemas”, com o envolvimento direto dos alunos na análise e proposição de alternativas para problemas de saúde, no que dissesse respeito às questões próprias dos conhecimentos de bioquímica. Como estratégias didáticas, também seminários, pesquisas, experimentação. Embora tratando-se de conhecimentos íntimos ao modelo hegemônico (a bioquímica foi uma das áreas que mais cresceu com a “medicina científica”), o modo de apresentá-los durante o curso favoreceu a participação dos alunos, o envolvimento com a realidade e a clínica médica (mesmo durante o “ciclo básico”), a construção protagônica do conhecimento (e suas alterações) e a capacidade de pesquisa. Ou seja, bem além da “técnica pedagógica” em torno da qual estava mobilizado

¹⁰ Foi com inspiração nessa possibilidade que pude administrar minha ansiedade ao ter desafiada minha “competência clínica”, alguns anos após, numa torturante avaliação prática no internato de pediatria, com um bebê recém-nascido abruptamente afastado da mãe, estendido numa mesa de exames, chorando muito e tendo como platéia um conjunto de alunos perplexos e um professor pouco preocupado com o pânico do bebê e dos tensos alunos. Como que *tomado* pelo modo de abordagem daquelas professoras, pude *conectar-me* com o bebê, que estancou o choro convulsivo, e mais tranquilamente realizar as manobras do exame, ante a ameaça de reprovação do professor, uma vez que a sessão de exame prático, isolada e descolada das demais atividades realizadas, sob o olhar desafiador do docente, foi o modo escolhido para a avaliação de um semestre de atividades práticas!

o Departamento, já àquela época era visível o efeito positivo para a aprendizagem que produzia o desafio fermentado nos professores do Departamento de Bioquímica para buscar novas estratégias para o ensino, com maior envolvimento discente e com menor fragmentação de conteúdos. A busca constante de outros modos de propor o ensino, com o envolvimento dos alunos, marcou uma convicção de que não há um lugar acabado e “natural” da aprendizagem, uma técnica absoluta. Tampouco há papéis estanques. E esse movimento do Departamento e dos professores foi construindo convites ao protagonismo e às pequenas descobertas.

Essa possibilidade de aprender, mobilizada pelo desafio de ensinar proposto aos professores do Departamento, respondia, efetivamente, à minha necessidade de ampliar o campo de atuação da medicina (ao qual contribuíram fortemente as ciências sociais e as “ciências do comportamento”, conforme já relatei) e de torná-lo mais concreto e operacional (não apenas como um conjunto de regras a serem aplicadas indistintamente). Assim, apesar de essas serem atividades de menor peso na grade curricular, foi possível manter, através delas, a convicção da possibilidade de integralizar, no plano profissional, um conjunto de tecnologias de trabalho e uma direcionalidade ético-política de transformação social. Esse aspecto metodológico das disciplinas do Departamento era potencializado, novamente, com posturas tranqüilas do corpo docente. Lembro-me dos Professores Clóvis e Lenita Wannmacher explicando complicadas cadeias de reações bioquímicas para a realização de exames laboratoriais e para o efeito de medicamentos no organismo, sempre permeadas por questões sociais de acesso a esses recursos, de políticas públicas de distribuição, acesso e organização da assistência. Estratégias que projetavam os “simples” fenômenos bioquímicos ao contexto da saúde e da sociedade de onde, aliás, jamais estão descolados. Essa *consistência (tônus*, nos diria Guattari), ao contrário da reação defensiva produzida por outras atividades didáticas, desafiava ao aprendiz tanto dos fenômenos bioquímicos envolvidos no trabalho em saúde, quanto de outros fatores que, para além da bioquímica, condicionam e determinam o resultado do uso de suas tecnologias.

Mais do que à técnica em si, preciso repetir, o envolvimento dos professores com a busca de novas estratégias didáticas, naquele momento apropriando-se do “Ensino Baseado em Problemas”¹¹, parece melhor explicar o potente efeito de aprendizagem nas atividades da Bioquímica, realidade significativamente diferente da quase totalidade das demais¹².

Concomitante às boas experiências de aprendizado, produzidas nessas “ilhas”, durante o curso de graduação, o tipo de militância estudantil que pratiquei também foi uma *marca* importante na *lapidação (polimento)* da vontade militante do trabalho em saúde. Permitiu a apropriação, através de leituras e discussões, dos questionamentos sobre o currículo escolar, principalmente com a sustentação nas análises sobre ideologia e escola (e ensino médico) como aparelho do Estado e/ou com recortes mais ideológicos, que a identificavam como instrumento de hegemonia de classe. Permitiu também, na organização de inúmeros eventos, o contato com pessoas com elaboração teórica e vasta experiência prática, com as quais pude desenvolver intercâmbios importantes para amadurecer minhas posições. Fui percebendo a necessidade de ampliar a análise com referenciais de representação social, subjetividade, movimentos sociais. E, progressivamente, fui compreendendo que, mesmo para a ação profissional, a formação escolar regular estava representando pouco, embora estivesse tomando a quase totalidade do tempo e tivesse um movimento de exclusivização do

¹¹ São recentes minhas leituras sobre as críticas formuladas a essa modalidade de ensino. Elas auxiliaram a dar forma a alguns limites que me pareciam existir nessa “técnica”, sem desmerecê-la pela potencialização da vontade de ensinar dos professores da Bioquímica. Assim, em leituras como de Berbel (1998) e Sayad (2000), encontrei teorizações sobre o viés da formulação dos “problemas” do ensino a partir da elaboração de especialistas, ao invés de sua identificação diretamente pelos estudantes, apontando uma limitação no protagonismo discente, além do perfeito compartilhamento dessa técnica com a “matriz” epistemológica da ciência hegemônica. Essa discussão será aprofundada no Capítulo III, onde as questões relativas às formulações no entorno da Medicina Baseada em Evidências e do Ensino Baseado em Problemas serão mais detalhadamente analisadas.

¹² Na mobilização docente pela vontade de ensinar, descrita nesses exemplos, busquei *marcas* para minha contribuição à construção em *parceria* de um texto, já nas atividades de pós-graduação em educação, onde, em decorrência das reflexões realizadas no grupo de pesquisas coordenado pela Profa. Dra. Denise Leite, afirmávamos a necessidade de um movimento voltado à formação para a docência universitária potente para constituir nos docentes uma capacidade de desempenho da função de “intelectual público”, capaz de comprometer-se com o seu entorno e de romper com “as certezas do passado” nas quais está assentado, que representam as “certezas regulatórias de uma modernidade em que a ruptura com o senso comum e o dogma religioso foram fundamentais para o desenvolvimento da ciência e da tecnologia” (Leite e Cols., 2001: 48-9)

estudante. Fui percebendo, também, que os diversos e diferentes erros que se comete podem ser bastante educativos e que a criação de experiências educativas advém do *desejo* de tornar desafiadores e enriquecedores os encontros com o ensino, que é freqüentemente sedado pelo currículo médico.

Lembro-me de algumas bandeiras com o atributo do “popular”, levantadas pelo estudantado, para “levar” o conhecimento (“expropriado” pela “burguesia”) às classes populares, que fazíamos em diversos lugares do país, após leituras “folheteiras” de autores como Paulo Freire, Carlos Brandão, Frei Beto e outros. Soube, depois, que esse movimento fez parte de um viés de grande impacto no próprio referencial da Educação Popular.

Não sei se pelo contraponto que, diferentemente da quase totalidade dos estudantes com quem convivía, acumulava pelo aprendizado no trabalho, ou se pelas leituras diferenciadas que fazia, ou se minhas *marcas* de vida me permitiam um aprendizado diferenciado, ou mesmo se por uma combinação de todos esses fatores, mas fui tendo uma compreensão diferenciada do contexto da saúde e da educação médica. Nas leituras atuais de temas relacionados com a Educação Popular e com a Educação Popular em Saúde, percebo que tive uma compreensão contemporânea à dos seus autores mais importantes (embora, evidentemente, com um grau de elaboração bem menor), sem o saber. Essa diferenciação fez com que tivesse oportunidade de escrever vários textos para leituras e análises dos meus pares, participasse de inúmeros eventos com o relato das minhas análises e experiências e fosse indicado para diferentes lugares de representação institucional. O grande mérito dessas produções, sem dúvida, foi a possibilidade de ampliação da trocas que criaram com outros militantes.

Produziram-me tamanha intensidade essas aprendizagens e, principalmente, os desconfortos com as possibilidades oferecidas à formação, que, em parceria com alguns colegas de diversos locais do país, criamos formalmente no início de 1991, o Centro de Estudos e Pesquisas em Educação e Saúde (CENEPES)¹³, o qual coordenei até o final do ano de 1992. Vinculado à Direção Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), o CENEPES estimulou a criação de Núcleos Regionais para a discussão de temas ligados desde às políticas de saúde e ao sistema de saúde até questões relativas ao trabalho em saúde e à formação médica, mais especificamente. Essa vivência, bastante intensa, de uma rede de atores sociais, discutindo questões comuns, mas em diferentes contextos e com diferentes estratégias eficazes, fortaleceu a atuação de toda uma geração de estudantes, conforme analisa Rogério Santos (1998) em sua Dissertação de Mestrado.

A estratégia de constituição de uma Comissão Interinstitucional para dar corpo a uma avaliação do ensino médico, bem como induzir algumas mudanças no cenário nacional nessa área, foi fartamente discutida em nossas atividades do CENEPES. Essas discussões contribuíram de forma intensa para a instalação, em 1990, da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), que coordena um dos mais amplos processos de avaliação do ensino médico brasileiro que se tem notícias e que fornece importantes subsídios para esta pesquisa. Atualmente, esse processo encontra-se bastante atenuado, devido a divergências internas e, principalmente, pela subordinação aos processos governamentais de avaliação do ensino superior e de reordenamento da formação médica a partir de modelos assistenciais basicamente centrados, o que desfocou a discussão sobre as condições atuais de formação médica pela sua transposição simplificada ao desempenho dos estudantes recém-egressos e a organização de cenários específicos nos serviços para a formação de médicos para a atenção primária em saúde.

Na seqüência serão apresentados outros cenários, externos à escola médica e ao movimento estudantil (para o qual a escola significou um “passaporte”), de onde obtive, no recorte de tempo da formação médica e no seu seguimento mais imediato, outras ferramentas importantes para esta cartografia.

¹³ O CENEPES foi formalmente constituído, após diversas reuniões preparatórias realizadas em diversos locais do país, em março de 1991, em Vitória/ES. Na verdade, o CENEPES foi constituído antes, em 1990, a partir da união operacional de duas Assessorias da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), Políticas de Saúde e Educação em Saúde, coordenadas por mim e pelo colega Ricardo Kuchenbecker, também da UFRGS. Na prática, a unificação das discussões dessas duas áreas, em atividades coletivas, foi uma proposta que implementamos desde que assumimos essas Assessorias, em junho de 1990. Por ocasião da formalização do CENEPES, 14 escolas médicas do país já sediavam Núcleos Regionais, que aglutinavam outros cursos da mesma instituição e outras instituições próximas.

3. EDUCAÇÃO POPULAR, SAÚDE PÚBLICA E AS LINHAS DE TENSIONAMENTO E DESTERRITORIALIZAÇÃO

As *marcas* de intensidade, para tensionar e desterritorializar a identidade médica forjada pelo curso médico, também foram sendo buscadas e produzidas nos espaços de trabalho contemporâneos à formação médica. No trabalho junto à Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Porto Alegre, tive a oportunidade de um contato mais próximo com a Educação e Saúde, desde o ponto de vista institucional, a partir dos serviços de saúde e na gestão do sistema municipal de saúde. Na criação e direção do Centro de Documentação e Informação em Saúde (CEDIS), sempre tive a preocupação e o desafio com questões técnicas específicas, mas, principalmente com a *invenção de tecnologias de mediação entre a instituição e o público usuário, usuários e profissionais de saúde e entre a instituição e os trabalhadores da saúde*, porque em lugar da transmissão de saber estava a apropriação de saberes (saber fazer, saber agir, saber ser). Coordenei várias publicações que dão uma concretude maior aos objetivos do trabalho desenvolvido junto à Secretaria. As representações e atividades de coordenação que desempenhei demonstram um pouco da minha própria trajetória institucional. Para além da descrição apresentada aqui, uma indicação do que representava o trabalho desenvolvido na SMS, à época em que atuei na equipe de coordenação, pode ser buscada nos níveis de participação popular e controle social sobre as ações da Secretaria, que indubitavelmente respondem à intensidade do trânsito interdisciplinar Educação e Saúde.

Essa vivência na internalidade do sistema público de saúde municipal aconteceu num período particular de elaboração da Saúde Coletiva e do Movimento Sanitário Brasileiro: foi o período em que mais mudanças institucionais foram produzidas no arcabouço do sistema nacional de saúde, decorrentes da implementação da Constituição de 1988.

A produção teórica da Saúde Coletiva e a renovação de modelos e propostas de organização dos serviços no âmbito da Saúde Pública, impulsionados pelo Movimento de Reforma Sanitária produziram, principalmente no final da década de 80, importantes rupturas com os modos hegemônicos de *fazer e de pensar* saúde. Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, fundamentalmente a partir dessa orientação e que representou um marco singular na proposição de um sistema de saúde amalgamado nas idéias de uma sociedade democrática e equânime, precedida por conferências preparatórias em centenas de municípios e nos estados brasileiros, foi escolhida uma representação dos cinco mil participantes do evento com a atribuição de criar impactos no processo constituinte nas áreas da saúde, previdência e assistência, principalmente. A Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) assim constituída conseguiu manter a ampla mobilização produzida na 8ª Conferência durante todo o período de trabalho da Assembléia Nacional Constituinte e, assim, garantiu o registro, no texto constitucional, dos princípios e diretrizes de organização das ações e serviços de saúde que passaram a constituir o Sistema Único de Saúde.

Já estão bastante identificados e analisados os avanços institucionais produzidos nessa área pela nova Constituição: a definição da atenção à saúde como direito do cidadão e dever do Estado, a autonomia das pessoas, o controle social, a integralidade e a equanimidade das ações, a universalidade do acesso, a descentralização das ações. Gostaria de simplificar esses impactos em duas categorias: no modo de *produzir e ofertar* ações de saúde e no modo de gerir o sistema de saúde.

Com a idéia de descentralização da gestão do sistema nacional de saúde, os municípios foram o lugar institucional onde esses impactos tiveram maior repercussão. Definiu-se que a atenção à saúde deve *integralizar*, no momento da assistência, o corpo, a condição de vida e a subjetividade da pessoa (quando a racionalidade médica vigente naturalizou a fragmentação nas *partes* específicas de cada especialidade, a ponto de

tornar a pessoa atendida num *paciente*); que o cidadão participe na definição de rumos dos recursos assistenciais e do seu financiamento (quando a racionalidade política vigente mergulha no assistencialismo, autoritarismo e em práticas cartoriais, com intensidade potencializada pela ditadura militar); que a atenção à saúde deve ser universalizada, abrangendo indistintamente a todos os brasileiros, sob a gestão pública (quando a racionalidade médica ainda acalenta o sonho de atuação autônoma e liberal, com regras autodefinidas e sucesso financeiro); que essa atenção deve ser de qualidade e ter resolutividade, quaisquer sejam os problemas dos usuários (quando a racionalidade administrativa aponta para seu esvaziamento em procedimentos simplificados, para a contenção de despesas na área social e para a incorporação progressiva da lógica economicista racionalizadora dos direitos das pessoas); que a formação dos profissionais esteja vinculada às necessidades sociais e aos serviços do sistema público (quando faculdades e hospitais universitários estão descolados desse sistema, inclusive vinculados institucionalmente ao Ministério da Educação: outra esfera de governo e outra área, além de princípios “acadêmicos” e “científicos” de organização e valorização); que esse sistema comece plenamente no espaço territorial dos municípios (quando há uma racionalidade centralizadora na definição de fluxos, normas e em funções operacionais a serem desempenhadas por cada instância do sistema de saúde).

Enfim, com os princípios e diretrizes constitucionais para produzir e ofertar ações de saúde, bastante avançados para o lento processo de democratização do país e em comparação com os sistemas de saúde dos demais países, foi atribuído aos municípios o principal desafio: operacionalizá-los, desde a *porta de entrada* do sistema de saúde. Escassez de recursos, pouca autonomia para incidir sobre as políticas de saúde e educação, muitos são os limitadores ainda hoje identificados e discutidos. Ainda assim, são crescentes as iniciativas que mostram novas e criativas possibilidades da implementação dos dispositivos legais para o SUS.

No ano de 1989, porém, na chegada à Secretaria Municipal de Saúde, fazendo parte de um grupo composto por sanitaristas reconhecidos nacionalmente, riscos e limitações apenas sensibilizavam os cálculos de planejamento, alocando-lhes mais ousadia. A intensidade das produções do período de 1989 a 1992, que reorganizaram em boa medida o sistema municipal de saúde, e dos meus próprios aprendizados durante esse período, fortaleciam a ruptura com a racionalidade médica que, no período complementar do dia, eu vivenciava nas atividades curriculares do curso médico. Ao contrário da maior parte das atividades acadêmicas, na vivência das questões colocadas ao sistema municipal de saúde havia conexão com as questões da vida como se apresenta no cotidiano (para além dos *problemas/doenças* individuais de saúde). Intensidade de aprendizado e criação, mais uma vez, potencializavam a busca por outras possibilidades de articulação da clínica, do modo de organizar as ações e serviços de saúde e do sistema público de saúde. Esse período na Secretaria Municipal de Saúde foi interrompido pela sucessão municipal e pela opção do novo governo por uma reorientação na condução das políticas sociais. Um perfil mais *estável* de condução política das ações nessa área passou a ser constituído e, em alguns momentos de reflexão individual, penso que uma *mulher, socióloga* (não-médica, portanto), autônoma e de produção reconhecida nacionalmente não podia, *mesmo*, compor tranqüilamente esse novo perfil de governo. Com a saída da então Secretária Municipal de Saúde, a sanitarista Maria Luiza Jaeger, da coordenação política da secretaria, também optei por afastar-me, entendendo que tinha um perfil de atuação *talhado* nos quatro anos de trabalho compartilhado e, assim, igualmente inadequado para o que se desenhava no novo governo para a área da saúde.

Outras passaram a ser, então, as estratégias para dar corpo às minhas necessidades de trânsito no campo da Educação e Saúde.

Em 1993, transferei-me da Secretaria da Saúde para a Secretaria Municipal de Educação (Smed), integrando a equipe de trabalho do novo mandato municipal. Assumia a titularidade da Smed o Prof. Dr. Nilton Bueno Fischer. Durante o trabalho junto à Secretaria de Educação, fui colhido por uma intensidade de vivências muito grande. Principalmente o contato mais próximo com os referenciais teórico-políticos específicos dessa área e com alguns de seus autores. Trabalhando justamente no espaço de interface das áreas de educação e saúde (educação especial, escolas especiais, merenda escolar, orientação sexual na escola, assessoramento psicopedagógico à aprendizagem), produziu-se em mim uma convocação definitiva para a educação, enquanto área de fortalecimento das minhas incursões pela Educação e Saúde e, assim, contributiva para operacionalizar o desejo de *dilatar* o espaço de atuação da clínica médica. Essa “convocação” traduziu-se no empenho de tentar manter-me ligado à produção e ao pensamento em educação, tanto que “palmilhei” a abertura de projetos de parceria, assessoria e pesquisa, viabilizando meu deslocamento da Prefeitura

Municipal para a Ufrgs quando se esgotaram as possibilidades de atuação criativa junto à administração municipal, num contexto bastante semelhante ao ocorrido na Secretaria Municipal de Saúde.

A possibilidade da atuação junto ao Núcleo de Estudos, Pesquisas e Assessoria em Educação Popular (NEP), do Programa de Pós-Graduação em Educação, mobilizou-me pelo desafio de novas aprendizagens acadêmicas. Essa possibilidade concretizou-se com minha participação em projetos de assessoria em educação popular e saúde a duas escolas municipais que, através de estratégias de pesquisa e formação de educadores, conseguiam repensar-se em intimidade com o seu entorno. Os projetos desenvolvidos em parceria com o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (Projeto Fórum de Educação e Trabalho - Forte) e com a Representação da Fundação de Assistência ao Estudante - Refae (Projeto “O Poder Público e a Assistência ao Escolar”) permitiam experimentar, em contextos bastante concretos, questões transversais das áreas de educação e saúde: educação e trabalho, políticas e assistência públicas à criança e ao adolescente, escolarização e aprendizagem.

A convivência no espaço físico do PPG-Edu e as provocações ao “*devir* militante” tornaram inevitável a participação em projetos com a marca do reconhecimento/provocação às autorias, do protagonismo, do trânsito de informações e da flexibilidade institucional. Fui sendo provocado às invenções e à participação nos projetos da sua Coordenação: relatórios de avaliação, Coletâneas etc.

O retorno à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, no ano de 1998, após nova mudança na coordenação política daquela Secretaria, desafiou ainda mais a vontade de um outro formato de atenção à saúde e, portanto, de uma possibilidade diferente de clínica. Dessa vez, mais do que na anterior, desafiada estava principalmente minha capacidade de propor estratégias, uma vez que a nova direção da Secretaria dispunha de menor quantidade de tecnologia de gestão pública acumulada. O maior desafio à aprendizagem já não estava na assimilação do arcabouço teórico-pragmático, mas na mediação de um conjunto de princípios e diretrizes com a situação concreta em que estava imersa a Secretaria: uma intensa fragmentação e um enfraquecimento institucional instalaram-se de modo bem importante naquela Secretaria no interstício 1993 a 1997. Ainda assim, implementar uma proposta de política de saúde, envolvendo não somente os aspectos assistenciais, mas também de planejamento, gestão e perfil de profissionais na esfera mais operativa do sistema nacional de saúde – o município – transformou-se numa experiência importante. Até porque o fiz de forma concomitante ao trabalho de assessoria a outro município, significativamente diferente de Porto Alegre em todos os seus aspectos.

O Município de Imigrante, naquele momento com menos de uma dezena de anos de história administrativa autônoma (enquanto Porto Alegre já comemorava quase duzentos e cinquenta anos de existência), aproximadamente três mil habitantes (Porto Alegre tinha mais de um milhão e trezentos mil habitantes), sem qualquer tradição na organização da atenção à saúde e com muita fragilidade na sua organização política, contratou minha assessoria em 1997 por dezoito meses para implementar o Sistema Único de Saúde em seu território. Novamente um grande desafio à capacidade de mediação entre o aprendizado prévio e o contexto concreto. Novamente uma grande oportunidade de aprendizado, não somente de tecnologias de atenção à saúde, mas principalmente de mediação. E, novamente, um conjunto adicional de *marcas e ferramentas* para pensar os limites da prática profissional.

Outro desafio importante foi minha atuação junto ao Conselho Nacional de Saúde, de 1996 a 1998, com atividades de assessoria, e junto à Fundação Nacional de Saúde, em atividades de pesquisa. Um intenso contato com as heterogêneas realidades nacionais foi estimulando minha capacidade de ser “estrangeiro” em diversos contextos, mesmo que praticamente “nativo” pela repetição do contato e pela intimidade com algumas características relativas à saúde que são comuns nos diferentes contextos brasileiros. E desafiou crescentemente minha capacidade de sínteses: tamanha diversidade *vibrava* muito intensamente perante tentativas de simplificação em regras gerais e conhecimentos *compactados*. No caso particular da análise que faço nesta cartografia, esse grande conjunto de *ferramentas*, ou essa pluralidade de *vibrações* que povoam minha subjetividade (tecnologia de análise, conhecimento, experiência de vida, *marcas e cicatrizes*), coadjuvam no olhar que estabeleço sobre a formação médica.

A partir de janeiro de 1999, desde que assumi responsabilidades de trabalho junto à Secretaria Estadual de Saúde, completou-se, na forma de organização do Sistema Único de Saúde, meu ciclo de inser-

ção em níveis diferentes de gestão (direção) da saúde. Desde um pequeno município até a gestão federal, junto ao Ministério da Saúde, incluindo a gestão estadual. Não se encerra a possibilidade de produzir e/ou assimilar conhecimentos, mas tão somente os níveis institucionais nas três esferas de governo desde os quais se pode *olhar* as questões relativas à organização pública das ações e serviços de saúde e propor formas de atuação e de funcionamento.

Neste período de atuação junto à SES/RS, onde desempenho diversos papéis institucionais, aprofundou-se grandemente a intensidade das aprendizagens, na medida em que a equipe diretiva, da qual faço parte, teve oportunidade de propor arranjos e fluxos considerados inovadores para a gestão estadual, mas também ampliou-se a possibilidade de pôr em prática conhecimentos acumulados nos diversos trânsitos já descritos. Alguns dos projetos implementados e uma amostra dos resultados alcançados no curto período de pouco mais de três anos de trabalho aparecem na análise realizada no território do Conselho Estadual de Saúde, que compõe o Capítulo III. Um registro adicional, entretanto, deve ser feito: tecnologias obtidas junto ao novo patamar de formação acadêmica (Mestrado/Doutorado em Educação no PPG-Edu) tornaram possível e necessária a reflexão teórica continuada das experiências na gestão estadual. Dessas reflexões tiveram origem diversas análises publicadas ou em processo de publicação, além de alguns prêmios, que tornam o conhecimento acumulado em conhecimento vivo, circulante e prazeroso. Nessas reflexões, bem como na experiência acumulada, a convocação da interface entre a Educação e a Saúde mostra sua potência.

Essas vivências todas, inclusive no tempo da formação médica, consolidaram no meu imaginário novas e mais potentes possibilidades de exercício e formação profissional, bem como me desafiaram à reflexão e elaboração teórica para sua sistematização em novas modalidades conhecimento acadêmico. Nessa cartografia, que faz uma *teitura* com *fios* da experiência acumulada (traduzida em *marcas* e *cicatrices*, termos desenhados para expressar seu imbricamento com o próprio cartógrafo), da aproximação com autores de diversas áreas do conhecimento que potencializam essa experiência (as *ferramentas* do cartógrafo) e das idéias cartografadas nos territórios da Medicina e do Conselho de Saúde, há o desafio, justamente, de criar outras possibilidades para a clínica médica e para a pedagogia que a configura.

.....

Com esse bloco, penso estar apresentado meu *envolvimento visceral* (*mistura*; não a pretensão de um pleno domínio, como poderia ser proposto pela razão ilustrada da ciência moderna) não somente com as áreas de conhecimento com as quais tive contato mas, principalmente, com determinadas *ferramentas* (recursos intelectuais e analíticos) para ver e explorar essas áreas de conhecimento e sua articulação com as questões cotidianas da saúde. Essa confissão de cumplicidade e imbricamento, como já expressei, pretende contextualizar minha produção teórica, que objetiva tornar visíveis possibilidades de *aplicação* em outros contextos. É, portanto, elemento indispensável para os *vezamentos* que devem ser produzidos para sua aplicação por outros atores em outros contextos, bem como para agregar a esta produção outros *fios* não identificados pelo cartógrafo.

O bloco seguinte de texto traz os elementos que delimitam os *mapas*, sobre os quais será desenhada a *carta*. Esse mapa é composto pelos cenários, pelos fatos e pelas idéias que delimitam o território visível da ação em saúde, da formação médica e da ciência moderna e alguns tensionamentos produzidos por outros estudos. Sobre os contornos registrados pelo mapa oficial nos territórios já identificados, as *ferramentas* (mas também as *marcas* e *cicatrices* que desafiam à sensibilidade do cartógrafo) auxiliarão na busca de idéias inovadoras, configurando, então, uma *cartografia* de outra(s) clínica(s) e outra(s) pedagogia(s) médica(s).

CAPÍTULO II

CENÁRIOS E TERRITORIALIDADES DA FORMAÇÃO E DA PRÁTICA MÉDICA (o mapa)

Médico, chegou ao consultório com seus olhos perfeitos e a cabeça cheia de pensamentos. Eram pensamentos graves, cirurgias, hospitais e os doentes lhe aguardavam na sala de espera.

Entrou o primeiro paciente que se submeteu mansamente à apalpação médica. Terminada a consulta, escrita a receita, no ato de despedida ele fez um elogio: "Doutor, que lindas são as orquídeas na sua sala de espera!"

Meu amigo sorriu embaraçado, com vergonha de dizer que não havia notado orquídea alguma na sala de espera e que, portanto, nada sabia da beleza que o doente notara. Teve vergonha de revelar sua cegueira. Entrou o segundo paciente (...) [e] o terceiro paciente e a coisa se repetiu do mesmo jeito. Aí o doutor deu uma desculpa, saiu da sala e foi ver as orquídeas que o jardineiro colocara na sala de espera. Eram, de fato, lindas. Mas aí veio o agravante, pois o paciente, não satisfeito com a humilhação imposta ao doutor cego, observou que, na semana anterior, a árvore dentro da sala de consulta, plantada num vaso imenso, num canto, não era a mesma que ali estava, naquele dia. Mas o doutor cego de olhos perfeitos não notara a presença da árvore naquele dia nem a presença da árvore na semana anterior...

(...) Coitados dos adultos! Arrancaram os olhos vagabundos e brincalhões de crianças e os substituíram por olhos ferramentas de trabalho, limpa-trilhos. Assim eram os olhos daquele meu amigo médico: não viam nem as orquídeas nem as árvores que estavam dentro do seu consultório. Seus olhos eram escravos do dever. E ele não percebia que as coisas ao seu redor eram brinquedos que pediam aos seus olhos: "Brinquem comigo! É tão divertido! Se vocês brincarem comigo, eu ficarei feliz, e vocês ficarão felizes..." (Alves, 1996, p. 11-14).

1. INTRODUÇÃO

As características dos desenhos dos sistemas de atenção à saúde e, particularmente, das práticas médicas no seu interior estão ancorados nas concepções predominantes do processo saúde-doença que, por sua vez, sofrem influências de variáveis sócio-econômicas, políticas e ideológicas relativas ao saber teórico e prático sobre a saúde, sobre organização, administração e avaliação das ações e dos serviços de saúde, bem como sobre a clientela desses serviços e ações; de outra parte, também há uma relação de interdependência entre a prática e a formação médica, com certa autonomia da segunda em relação à primeira (Feuerwerker, 1998; Schraiber, 1989). Essas características e interesses interagem nos processos sociais, por meio de confrontos e associações de diversas naturezas entre diferentes segmentos sociais, determinando os modos de estruturação da atenção à saúde e, por decorrência, da formação e da configuração das práticas dos trabalhadores da área. Deve ser ressaltado, entretanto, que a instituição medicina tem uma interface bastante particular na configuração não somente dos valores e técnicas do âmbito médico específico, mas na atenção à saúde e mesmo na sociedade.

Como se verá neste Capítulo, essa particularidade está, em grande medida, na imbricada configuração paradigmática entre Ciência, Estado e Medicina. O filósofo francês Michel Foucault tem, em diversas partes de sua obra, importante contribuição ao desvendamento dessa imbricação. Para esse autor, a medicina moderna, compartilhando com a episteme científica emergente ao final da Idade Média, reforçou o projeto da modernidade, criando condições históricas de afirmação da sua racionalidade, ao constituir o desvinculamento dos fenômenos vitais do domínio teocêntrico a que estavam submetidos, objetivando-os no corpo somático e submetendo-os às disciplinas científicas. As ciências do Estado, por outro lado, fortaleceram-se com o surgimento do corpo (individual/social) medicalizado: principalmente com as vertentes da medicina estatal alemã (tecnologia de administração da saúde), da medicina urbana francesa (tecnologia de administração sanitária do espaço físico) e da medicina da força de trabalho inglesa (tecnologia de controle sanitário do corpo das classes populares) foi sendo construído o corpo humano como realidade bio-política, unidade de intervenção do Estado.

Esse recorte epistemológico e societal, como define Boaventura Santos no conjunto de sua obra, não pode ser menosprezado na análise da formação e da prática de médicos e demais profissionais. Estudiosos (Campos, 1988; Schraiber, 1989; Leite, 1997) têm identificado os modos como as racionalidades desses campos se atualizam na formação universitária e no exercício da medicina.

Advém dessa combinação de fatores o objetivo dessa pesquisa de *cartografar* inovações à formação e a prática médicas e não apenas *mapear* as diversas reorganizações às quais a Medicina está submetida desde o diagnóstico de insuficiência de seus métodos, conceitos e práticas. Inovação entendida no contexto da *orientação paradigmática do conhecimento*, conforme propõe Boaventura Santos, como *ruptura e/ou transição de paradigma*, com *reconfiguração de saberes e poderes* (Santos, 1997).

Para dar corpo ao objetivo proposto, esse Capítulo inicia com a revisão da forma como se articularam, na modernidade, as racionalidades da Ciência, da Medicina e do Estado, principalmente a partir das contribuições de Boaventura Santos (sobre o paradigma sócio-cultural da modernidade, sua crise e a transição paradigmática) e Michel Foucault (sobre o surgimento da medicina moderna e dos vínculos desta com o Estado e com a racionalidade científica moderna). Num segundo bloco, são revisadas as produções teóricas sobre a configuração da atenção à saúde no Brasil, particularmente das políticas estatais, e nos elementos que me parecem estar produzindo tensionamentos com a racionalidade técnica

co-política hegemônica e, portanto, mais potencialmente férteis à inovação para as práticas em saúde. Nesse bloco, das características do atual sistema público de saúde brasileiro, busca-se contextualizar as instâncias de participação da população (para o exercício do que se convencionou chamar de controle social sobre as políticas de saúde). Esses dois blocos de texto apresentam, como síntese, duas vertentes gerais a partir das quais vêm sendo produzidas disputas para orientar conceitos, práticas e o arcabouço institucional da área da saúde. Ao todo, no Capítulo, pretende-se apresentar as territorialidades atuais (o mapa), mas também algumas ferramentas adicionais à cartografia. Essas novas ferramentas irão compor, juntamente com aquelas já descritas no primeiro Capítulo e de outras incorporadas diretamente na cartografia das idéias identificadas nos Territórios escolhidos para o trabalho acadêmico, a *caixa de ferramentas* para a análise.

2. A CIÊNCIA VERDADEIRA, A MEDICINA MODERNA, A FORMAÇÃO MÉDICA E O OLHAR LIMPA-TRILHOS

Mais do que uma simples metáfora, a figura do “médico adulto com olhos limpa-trilhos”, utilizada por Rubem Alves na citação que inicia este Capítulo, remete à reflexão sobre a racionalidade moderna, produtora de identidades, tarefa à qual nos auxilia Pessanha (1997). Esse autor comenta as contribuições de Descartes e Bacon para a descoberta do “novo caminho no pensar” que marca o surgimento da modernidade na ciência e na filosofia.

Esse caminho é inaugurado, segundo o autor, pela redescoberta e “panaceização” da clareza matemática pitagórica (*tudo pode ser explicado pelos números e, mesmo quando há severas divergências - sangrentas disputas religiosas, territoriais e de soberania, no entorno do jovem Descartes que assim teoriza - não há como duvidar da matemática e, portanto, é dela que se deve extrair o conhecimento e a disciplina necessários à salvação do mundo e da sociedade*) e pela lógica operativa e experimentalista de Bacon (*é necessário um conhecimento operante, conseqüente a uma abordagem investigativa e experimental dos fenômenos para dominá-los e assim organizar o mundo*). Nessa perspectiva, todas as ciências passam a ser vistas “como um escalonamento de conhecimentos e saberes que têm uma espécie de rumo previamente definido” (Pessanha, 1993: 26), constituído de acordo com o modelo das ciências exatas. Esse modelo passou a exercer um constrangimento decisivo sobre as ciências humanas e sociais, a partir do século XVIII, para a incorporação do “aparato analítico e quantitativo do discurso consagrado oficialmente como o único discurso científico legítimo” (idem).

Esse viés “matematizador” da ciência moderna atualizou-se no cuidado à saúde no que tem sido chamado de “medicalização”: a submissão das diversas práticas e saberes em saúde à medicina “científica” e o privilegiamento do eminentemente biológico na organização do conhecimento e das ações médicas. Com essa descrição não se quer apontar qualquer idéia de *conspiração médico-corporativa de dominação*, mas um fenômeno sócio-cultural, principalmente ocidental, que inclui ações de mídia, culturais, de mercado (indústria bioquímica e de equipamentos), bem como de desdobramento da racionalidade científica moderna. Esse aspecto da hegemonia médica na saúde é analisado por diversos autores que traçaram o percurso das práticas em saúde realizadas pelas pessoas “comuns” até a hegemonia dos profissionais médicos nos dias atuais.

Luc Boltanski (1989) fez esse percurso estudando atos e representações sobre a saúde das classes populares urbanas e rurais na França nos anos de 1967 e 1968. Para esse autor, “a história da medicina, pelo menos há um século, é a história de uma luta contra os preconceitos médicos do público e (...) contra as práticas médicas populares, com o fim de reforçar a autoridade do médico, de lhe conferir o monopólio dos atos médicos e colocar sob sua jurisdição novos campos abandonados até então ao arbítrio individual” (p. 14). Essa idéia da *expropriação* de aspectos da vida das pessoas e seu *monopólio* pela medicina “científica” tem, entre outros desdobramentos na prática cotidiana: o parto, que saiu do ambiente doméstico e da supervisão da parteira e passou ao ambiente hospitalar e para os cuidados do obstetra (e, também, para a massificação das cesarianas!); as práticas fitoterápicas da tradição popular, particularmente rural, que foram apropriadas pela alopatia e pelo receituário médico; a própria assistência ao doente, cuidado doméstico e afetivo prestado pelas pessoas próximas que, regulamentado e normalizado, passa ao “asséptico” ambiente hospitalar, assim como a morte.

Também nesse plano de associar cultura, posição relativa de saberes e poderes, espaços institucionais de exercício de práticas deles decorrentes, interfaces entre diferentes corporações e forças sociais, Graça Carapinheiro (1998) identificou a posição determinante do saber e das práticas médicas “na institucionalização social das experiências de cada indivíduo relativas à saúde, à doença e aos sistemas de tratamento” (p. 43), a partir de uma investigação sociológica dos serviços hospitalares em Portugal. Segundo a autora, o hospital, particularmente o hospital universitário, pelo reconhecimento social da sua excelência no

tratamento das doenças e na formação de médicos, é fundamental nesse processo de institucionalização das “experiências individuais e coletivas de viver a doença e de trabalhar com a doença, com o papel da ciência e da técnica na medicina, a diversidade dos processos de qualificação e especialização profissional na construção de diferentes realidades médicas e técnicas sobre os mesmos fatos biológicos e a importância especial de que se reveste a circulação dos saberes científicos e profanos e as suas articulações recíprocas” (p. 43).

Essa “hospitalização” da doença, marco na história da medicalização das práticas em saúde, foi identificado por Foucault (1989), no Século XVIII, com a aproximação da medicina - até então um campo de observação da natureza (inclusive das práticas populares) e estudo das “crises” (que, na compreensão de então, significavam o momento em que se confrontavam a natureza sadia e o mal que atacava o indivíduo) - e o hospital (uma instituição religiosa de assistência, separação e exclusão dos pobres moribundos, ou então, como era o caso dos hospitais marítimos e militares, de vigilância das epidemias e uma espécie de “oficina” para “reparar” os soldados). Segundo descreve Foucault (1989), até o século XVIII, os personagens típicos do hospital civil eram, de um lado, o moribundo, os loucos, os devassos e as prostitutas, que precisavam ser assistidos espiritual e materialmente, e de outro, religiosos ou leigos caritativos que estavam lá para assegurar sua própria “salvação eterna” através do trabalho filantrópico. Nos hospitais alfandegários e militares, os primeiros como espaços onde os viajantes com suspeita de doenças epidêmicas permaneciam em quarentena - mas também um subterfúgio para os traficantes de mercadorias e objetos preciosos das colônias, que simulavam sintomas de doenças e, ao invés da fiscalização alfandegária, eram transportados aos hospitais; portanto como lugares onde passou a existir a necessidade de uma “vigilância” econômica - e os hospitais militares, que passaram a ser um investimento necessário aos governos, haja visto que, com o surgimento de novas tecnologias bélicas - principalmente o fuzil, no final do século XVII -, era preciso um grande investimento na formação de soldados, que não podiam ser “perdidos” com doenças ou deserção (muitos soldados simulavam doenças para manterem-se distantes dos campos de batalha). Havia, portanto, a necessidade de instituir-se um novo disciplinamento no espaço hospitalar, que se acoplou à necessidade da prática médica de uma observação mais sistemática para a consolidação de sua lógica argumentativa.

Nesse marco emerge uma articulação explícita da medicina com a instauração e a manutenção dos valores hegemônicos mais gerais da sociedade moderna, expressa por uma *disciplinarização* da diversidade, estigmatizada como *desordem*. Essa politicidade da medicina é aspecto de inúmeras análises, particularmente com a matriz althusseriana, quando aparece servindo aos valores dominantes induzida pelo aparelho ideológico do Estado. Mas, também, pode ser identificada nas análises que dão primazia à evolução do pensamento em saúde como ciência, quer na formulação de conceitos sobre a saúde e a doença - e, portanto, a definição do seu espaço de intervenção (Berlinguer, 1988) -, quer na seleção dos recursos “científicos” para compreender e intervir, quando parece ter havido um aumento significativo de conhecimentos específicos (etiopatológicos) em detrimento de sua capacidade de entender globalmente o homem e de modificar favoravelmente sua relação com a natureza (idem). Não faltam, também, análises que concluem que há uma lógica entrópica no desenvolvimento recente das ciências em saúde, e o empírico novamente é desenvolvido no campo da instituição medicina, tal como configurada pela modernidade: “nossa atuação e nossos conhecimentos biológicos se orientam à conservação e ao aumento da competência em uma sociedade que se define precisamente pela competência, sobretudo pela competência produtiva” (Conti, 1972: 296), por isso, como exemplo, não se investiria em tecnologias capazes de minimizar o estresse da vida atual e, como consequência, diminuir infartos. Ao contrário, “fabricamos infartos, eletrocardiógrafos para diagnosticar infartos e seções hospitalares para curá-los. (...) Prevenir os infartos equivaleria a opor-se à lógica da competência, por isso não o fazemos. Curar os infartos confirma a lógica da competência, por isso os curamos” (Conti, 1972: 297)¹.

¹ Essa lógica da competência será vista novamente, mas em tensão, no território da medicina (Capítulo III), particularmente quando a manutenção indefinida da vida com suporte na tecnologia hospitalar (UTI, equipamentos de manutenção artificial das funções do organismo) será posta em confronto com a possibilidade do transplante de órgãos, desde que tornado mais preciso o momento da morte. A lógica da competência médica será polarizada entre a manutenção do funcionamento dos órgãos, mesmo com suporte artificial com equipamentos e tecnologias, e o encurtamento desse tempo, pela definição de critérios “mais científicos” para identificar o momento de suspender o suporte em tempo de permitir a retirada de órgãos para transplantes, também graças a uma sofisticada tecnologia.

Estudos desenvolvidos a partir da medicina norte-americana, cujo modelo tem forte influência no caso brasileiro, apontam que mais do que como uma ciência, a medicina moderna tornou-se necessária também como um negócio e como um fenômeno cultural e, principalmente, uma combinação desses elementos (Starr, 1982).

Ciência, prática social, arte, negócio ou como quer que seja classificada, não há dúvida de que, atualmente, há um visível distanciamento entre a medicina e a saúde das pessoas, que transparece no fato de que para a maioria delas, apesar do vertiginoso desenvolvimento tecnológico atual, que tornou possíveis conquistas inéditas para o homem, ainda não é possível o acesso equânime a esses serviços; continuamos à mercê de imensos riscos, resultantes de relações criadas e mantidas pelo próprio homem (Campos, 1991). Mais, o conhecimento médico transparece como que determinado teleologicamente, disfarçando, assim, sua determinação social e corporativa e esvaziando os confrontos externos que sua militância produz; continua centrando a busca de respostas ao sofrimento e à doença no organismo biológico, reduzindo sua prática no controle dos desvios individuais (Garcia, 1983).

Uma síntese até aqui mostra que a medicina, num movimento consentâneo à ciência moderna, toma a centralidade do seu conhecimento no natural-biológico, submetendo as dimensões do corpo e da vida, expropriadas das pessoas, ao seu monopólio, através de uma racionalidade autoritária (seu outro é “paciente”...) e disciplinarizadora (as prescrições associam procedimentos técnicos a normas e condutas ordenadoras, que têm como padrão a normalidade socialmente instituída), que se ancora no contexto social em que está inserida e está legitimada por ele.

A aproximação com a educação pode nos apontar, mais claramente, o segundo aspecto que interessa desenvolver aqui: a relação com o outro-usuário, o que dá a indicação da visão antropológica e um sentido para o “método” do trabalho.

Não é casual que tenhamos tido, na história da humanidade, parcerias tão íntimas entre a medicina e a educação. A “medicina moral”, “sublime arte” criada na Inglaterra e difundida por Pinel e Itard (Itard, 1982), por exemplo, que, desde um diagnóstico médico de retardo no desenvolvimento da criança, seguia minuciosamente uma prescrição de “tratamento moral” ou educação destinada à socialização. O espírito “científico” de investigação (mais propriamente, a “matematização” da vida), que acompanhou principalmente os primeiros casos documentados, aparece com descrições pormenorizadas dos efeitos desses cuidados, tão absurdos na ótica atual, como a conclusão apresentada por Itard (idem) ao trabalho, na França, que realizou com Victor de Aveyron, um menino encontrado na selva em 1799: “o processo do ensino pode e deve aproveitar-se das luzes da medicina moderna, que entre todas as ciências naturais é a que mais eficazmente pode colaborar no aperfeiçoamento da espécie humana, uma vez que pode apreciar as anomalias orgânicas e intelectuais dos indivíduos, decidir a educação que convém a cada um e dizer o que a sociedade pode esperar deles” (p. 54). O espanto, entretanto, precisa ser reservado à informação de que a conduta de Itard, no caso descrito, foi mais avançada e acolhedora do que a de seu mestre Pinel, que diagnosticou em Victor um quadro de “idiotia incurável”, indicando-lhe uma internação “vitalícia” no manicômio. Mas, sem dúvida, o maior desconforto é a comparação com práticas ainda desenvolvidas no contexto da “educação especial”, onde o diagnóstico médico das dificuldades de aprendizagem, devidamente graduadas, sela a destinação a uma *escola que não ensina para crianças que não aprendem* (Ceccim, 1993), só que agora com novas técnicas de disciplinamento, contenção química e “novos conhecimentos” sobre a deficiência mental, a “estimulação para fins de investigação das reações” passa a ser uma serialização de procedimentos com fim em si mesmos, mas verticais e bancários como os precedentes.

Medicina e educação, em determinados momentos da história, parecem compartilhar sua visão antropológica e sua concepção metodológica: um outro objetualizado e passivo, que recebe ações autoritárias e prescritivas, destinadas à sua “qualificação” com vistas ao desenvolvimento da sociedade, nos moldes definidos pelos valores com maior trânsito na sociedade. Essa visão objetualizada do outro nas diferentes “correntes” teóricas em educação e as principais aproximações “formais” dos dois campos pode ser localizada nos estudos que identificam a associação dessa dimensão epistemológica da educação com as políticas públicas destinadas à escolarização e a história de exclusão e repetência que se verificou nos últimos anos no Brasil (Moll, 1996).

Essa associação provoca um pensamento que correlaciona, na prática, a política de saúde (considerada em uma dimensão teleológica) à visão antropológica e metodológica da medicina, que se traduz bem no substantivo (com função adjetiva) que identifica o outro do profissional que a exerce: “paciente”. A cadeia associativa assim formada traduz o que muitos autores têm identificado como o ideário liberal da profissão médica (Schraiber, 1989; Schraiber, 1993; Machado, 1997), ou seja, uma ação técnica individual, isolada e independente, que assim configura também o resultado do trabalho realizado na dimensão dos serviços. Portanto, descolada do contexto concreto em que as pessoas vivem, quer enquanto elemento explicativo para a sua saúde - o ambiente é mais um “sintoma”, uma manifestação da sua saúde, uma conseqüência em cascata, por exemplo, do pobre (“portanto”) sujo (“portanto”) fraco (“portanto”) doente - quer enquanto possibilidade de intervenção para a melhoria da saúde das pessoas - a intervenção “efetiva” está na prescrição realizada, que medica o corpo (constituído como um conjunto de órgãos); a concessão máxima é a inclusão de *conselhos* sobre *hábitos e atitudes* ao final do atendimento, no que costuma ser chamado de “o trabalho educativo do cuidado médico”. A retomada da lógica argumentativa da racionalidade científica moderna apresentada por Pessanha (1997) (e configurada pelo autor na imagem do “portanto-portanto-portanto”) tem como objetivo recolocar a metáfora de Rubem Alves dos “olhos limpa-trilhos”, que só vêem o que é considerado objetivo, claro, inequívoco e, assim, são “escravos do dever”.

Até aqui procurou-se registrar algumas das associações entre ciência moderna e medicina, entre medicina e educação (nos aspectos da produção/reprodução de conhecimentos e da “ação educativa” na prática clínica). Já é possível buscar, na produção do filósofo francês Michel Foucault, o estudo das articulações específicas entre a racionalidade científica moderna e o surgimento da medicina científica, bem como entre essas e o Estado. Reconhecer essas associações traçadas no mapa tem como objetivo fortalecer o destaque das idéias inovadoras, por ocasião da cartografia, na revisita aos territórios escolhidos para a pesquisa, conforme se descreve no próximo Capítulo.

2.1. Medicina e normalidade: a análise foucaultiana

O pesquisador francês Michel Foucault buscou, na confluência histórica dos discursos político (poder), jurídico (direito) e da ciência (verdade), os elementos para desenvolver suas formulações sobre o surgimento da medicina moderna (“científica”), com suas especificidades de saber/poder sobre os corpos e sobre a vida. É nas transformações dos enunciados sobre a vida e a morte e dos dispositivos relacionados aos corpos sociais e individuais que desenvolveu seus estudos.

Para Foucault (1988), nas transformações do direito de morte é que foi se constituindo o poder sobre a vida. Assim, o princípio da *patria potestas*, que garantia ao pai de família romano a disponibilidade da vida dos filhos e escravos (*podia retirar-lhes a vida, já que a tinha dado*) é atenuado nas teorias clássicas, podendo ser exercido pelo soberano sobre seus súditos somente em nome de sua própria defesa ou na defesa de sua soberania. De todo modo, seja nesta configuração atenuada, seja na configuração antiga, de exercício absoluto, o *direito de vida e de morte* é um direito assimétrico: sua marca sobre a vida é produzida indiretamente pela morte que pode provocar. Esse direito está relacionado a “um tipo histórico de sociedade em que o poder se exercia essencialmente como instância de confisco, mecanismo de subtração, direito de se apropriar de uma parte das riquezas (...). O poder era, antes de tudo, neste tipo de sociedade, direito de apreensão das coisas, do tempo, dos corpos e, finalmente, da vida” (Foucault, 1988: 128).

Na época clássica - e no Ocidente - Foucault (1988) vai detectar uma profunda transformação nesses mecanismos de poder. O poder do confisco desloca-se para “um poder destinado a produzir forças, a fazê-las crescer e ordená-las mais do que barrá-las, dobrá-las ou destruí-las” (p. 128). O poder de produzir a morte torna-se, assim “o complemento de um poder que se exerce, positivamente, sobre a vida, que empreende sua gestão, sua majoração, sua multiplicação, o exercício, sobre ela, de controles precisos e regulações de conjunto” (p. 129). Desse modo, mesmo as guerras, que acontecem de modo mais devastador

nesse período, ou a pena de morte, não mais decorrem da defesa da soberania e do soberano, mas em nome da vida: povos entram em guerra pela necessidade de defender sua vida; pessoas são condenadas à morte pelo risco biológico e social que representam aos outros. Como se vê, “é sobre a vida e ao longo de todo o seu desenrolar, que o poder estabelece seus pontos de fixação; a morte é o limite, o momento que lhe escapa; ela se torna o ponto mais secreto da existência, o mais privado” (p. 130).

Para Foucault (1988), o processo pelo qual o poder político começa a assumir a gestão da vida se desenvolve de duas formas principais: a anátomo-política do corpo humano e a bio-política da população. A anátomo-política do corpo, que se desenvolveu a partir do século XVII, “centrou-se no corpo-espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos” (p. 131). Segundo o autor “as disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois pólos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida (...) de cima a baixo” (p. 131). A “era do bio-poder”, assim inaugurada, inicia-se com um discurso especulativo e articula-se, posteriormente, por volta do século XIX, na forma de agenciamentos, que compõem as tecnologias desse poder, e dos quais o mais importante na obra do autor é o dispositivo da sexualidade.

O bio-poder, para Foucault (1988: 132), “foi o elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos”, bem como do efeito de docilização e assujeitamento que as técnicas de poder produziram “em todos os níveis do corpo social e utilizados por instituições bem diversas (a família, o exército, a escola, a polícia, a medicina individual ou a administração das coletividades)”.

Foucault (1988) identifica, assim, na modernidade, uma transformação no campo das técnicas políticas, por volta do século XVIII, que marca a “entrada da vida na história - isto é, a entrada dos fenômenos próprios à vida da espécie humana na ordem do saber e do poder” (p. 133). Mais do que isso: “pela primeira vez na história, o biológico reflete-se no político” (p. 134). Essa transformação implicou em outras transformações: uma ruptura “no regime do discurso científico e sobre a maneira pela qual a dupla problemática da vida e do homem veio atravessar e redistribuir a ordem da episteme clássica” (p. 134) - ruptura anunciada pela substituição da base jurídica (o discurso do direito) para o campo da bio-política (poder/saber sobre o corpo individual e sobre a população); uma “proliferação das tecnologias políticas” (p. 135), que investem sobre o corpo, a saúde, os modos e os espaços de existir e as condições de vida: e a crescente importância da atuação da norma, que estabelece domínios de valor e de utilidade, sobre a lei.

É nesse contexto do surgimento de um regime discursivo que se enuncia sobre a vida, para controlá-la e geri-la, que Foucault analisa o surgimento da medicina científica.

2.1.1. O NASCIMENTO DA MEDICINA MODERNA

A medicina moderna, que aparece no século XVIII, é utilizada também como campo empírico para a análise das tecnologias de poder e saber e sua articulação sobre o corpo. Assim, nos estudos sobre a loucura, sobre a medicalização do “corpo-molar” da população e dos micro-corpos individuais, Foucault analisará interrelações discursivas e sua articulação com as instituições para responder como os saberes apareceram e se transformaram (arqueologia) e, com o estudo das condições imanentes ao aparecimento e à transformação (genealogia), para responder porquê dessas transformações (Machado, 1989: X).

A questão que desafia os estudos de Foucault (1980; 1987; 1988; 1989; 1991a), relativamente à medicina, é a passagem da medicina clássica à medicina moderna (“medicina científica” ou “biomedicina”).

Em “O nascimento da clínica”, Foucault (1980) analisa essa transição através do discurso médico e afirma que, no final do século XVIII - marco dessa passagem -, o “que mudou foi a configuração surda em que a linguagem se apoia, a relação de situação e de postura entre o que fala e aquilo de que se fala” (p. IX). Para o autor, o marco dessa transição não é a continuidade linear da descoberta anatômica do corpo, que

vinha sendo empreendida há muito tempo². É, antes, uma ruptura e o estabelecimento de uma nova aliança entre o discurso médico e o corpo vivo: “a relação entre o visível e o invisível, necessária a todo saber concreto, mudou de estrutura e fez aparecer, sob o olhar e na linguagem, o que se encontrava aquém e além do seu domínio” (p. X). O marco, portanto, do surgimento da medicina moderna é o nascimento da clínica, ou seja, do domínio médico sobre a experiência clínica (“o domínio do olhar atento, da vigilância empírica aberta apenas à evidência dos conteúdos visíveis”) e da racionalidade médica, cujas formas “penetram na maravilhosa espessura da percepção, oferecendo, como face primeira da verdade, a tessitura das coisas, sua cor, suas manchas, sua dureza, sua aderência” (p. XI).

Ou seja, para o surgimento da clínica moderna foi necessária a criação de um novo perfil entre o perceptível e o enunciável para a experiência do médico (Foucault, 1980). A integralidade do corpo se desfez, transformada pelo olhar clínico que desvela, particulariza e nomeia uma infinidade de tecidos, órgãos e mecanismos de interrelação entre eles, inaugurando uma paradoxal “superfície interna” do organismo, perceptível por códigos e signos específicos. Séries lineares de acontecimentos mórbidos articulam o organismo, seus fenômenos e a doença, num plano unidimensional. É com essa série de reorganizações que se identifica o nascimento histórico da clínica (Foucault, 1980). A emergência desta “reorganização epistemológica da doença” implicou no reordenamento do espaço hospitalar, do estatuto do doente, da relação entre a assistência e a experiência. Nesse contexto de reordenamentos, a linguagem teve aberto o domínio de uma relação objetivada entre o visível e o enunciável, permitindo um uso novo para o discurso científico: “uso de fidelidade e obediência incondicional ao conteúdo colorido da experiência - dizer o que se vê; mas uso também de fundação e de constituição da experiência - fazer ver, dizendo o que se vê; foi, portanto, necessário situar a linguagem médica neste nível (...) em que a fórmula de descrição é ao mesmo tempo gesto de desvelamento” (Foucault, 1980: 226)³.

Vê-se, portanto, que o método anátomo-clínico (“estrutura em que se articulam o espaço, a linguagem e a morte”), que se desenvolve nessa mesma época⁴, marca uma condição histórica para a experiência clínica. Com a anátomo-clínica, a doença se desprende da metafísica, aloja-se no corpo vivo dos indivíduos e assume forma positiva na morte (no interior desvelado do cadáver), integrando-se epistemologicamente à experiência médica.

Desde esse movimento “arqueológico” empreendido por Foucault para analisar o nascimento da clínica, é possível identificar uma importância fundamental da medicina moderna para a “arquitetura de conjunto das ciências humanas”. Além da contribuição metodológica, transposta da anátomo-clínica, a ruptura epistemológica representada pela constituição do indivíduo como sujeito e objeto do conhecimento tem um impacto muito grande no pensamento científico contemporâneo: “os gestos, as palavras, os olhares médicos tomaram, a partir desse momento, uma densidade filosófica comparável talvez à que tivera antes o pensamento matemático” (Foucault, 1980: 228). Essa densidade diz respeito, fundamentalmente, ao anúncio da finitude do homem.

Para além da análise arqueológica do surgimento da clínica, esse fato também foi objeto da análise foucaultiana de caráter genealógico, quando o autor analisa as condições externas - de natureza política e estratégica - a esse campo de saber e que constituem um plano imanente desse surgimento. Esses aspectos são revisados desde as formulações sobre o nascimento da medicina social e do hospital médico.

² Para Foucault (1980: 141-144) o impedimento de cunho religioso e moral da manipulação dos cadáveres jamais impediu, ao menos desde o final do século XVII, que fossem garantidos legalmente para a investigação e para o ensino. Portanto, para o autor, é falsa a reconstituição da anatomia patológica que a funda no século XIX com a “permissão científica” de exploração do cadáver. Essa ilusão tem um sentido de profissão de fé.

³ Esse é um fenômeno que precisou ser atualizado contemporaneamente. Novos dispositivos para normatizar e padronizar a *experiência clínica* dos médicos foram desenvolvidos pelas suas entidades, como está descrito no Território da Medicina. Uma nova área de conhecimentos, a Epidemiologia Clínica, apresentou-se como possibilidade de padronizar a clínica médica, por meio da incorporação de evidências “mais” científicas. Essa tentativa de disciplinamento da prática clínica permitiu visualizar tensões e conflitos corporativos, potencializadores da emergência de idéias inovadoras.

⁴ Foucault descreve as pesquisas e relatos minuciosos e sistemáticos sobre neuropatologia e anatomia patológica realizados por François Xavier Bichat, no final do século XVIII, como o marco de surgimento desse “novo espírito médico”. Com isso, desfaz o mito de que seria a anatomia patológica - a descoberta do interior do cadáver - em si a fundadora da clínica médica.

2.1.2. CONTROLE DOS CORPOS: O SURGIMENTO DA MEDICINA SOCIAL

Uma primeira consideração retoma as descobertas de Foucault sobre a medicina atual e justifica a sinonímia *medicina social*: “a medicina moderna é uma medicina social que tem por *background* uma certa tecnologia do corpo social; (...) a medicina é uma prática social que somente em um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-doente” (Foucault, 1989: 79). Foucault analisará três contextos europeus, entre os séculos XVIII e XIX para buscar o “terreno” em que se sedimentou o nascimento da clínica: a medicina de Estado alemã; a medicina urbana francesa; e a medicina da força de trabalho inglesa. Com a análise desses exemplos, Foucault concluirá que a medicina moderna, com sua atuação sobre o corpo, é uma estratégia bio-política de controle do Estado sobre os indivíduos.

Assim, Foucault buscou na Alemanha, por volta do século XVIII, os primeiros indicativos do surgimento da medicina moderna. Segundo o autor, nas demais nações européias a “preocupação com o estado de saúde das populações” dava-se, identicamente às reflexões sobre o Estado, num “clima político, econômico e científico característico do período dominado pelo mercantilismo”⁵ (Foucault, 1989: 82). Na Alemanha surge, nessa época - e antecipando-se às demais nações européias -, o primeiro modelo de Estado moderno e da ciência do Estado, ou seja, o Estado “como objeto de conhecimentos e como instrumento e lugar de formação de conhecimentos específicos” (p. 81). E, ancorada nesse Estado moderno, surge uma prática médica efetivamente centrada na intervenção organizada para elevar o nível de saúde da população, a chamada *polícia médica*⁶. “Com a organização de um saber médico estatal, a normalização da profissão médica, a subordinação dos médicos a uma administração central e, finalmente, a integração de vários médicos em uma organização médica estatal, tem-se uma série de fenômenos inteiramente novos que caracterizam o que pode ser chamada a medicina de Estado”, responsável pelo aperfeiçoamento e desenvolvimento do corpo dos indivíduos, não enquanto força de trabalho, mas como força estatal, “a força do Estado em seus conflitos, econômicos certamente, mas igualmente políticos, com seus vizinhos” (idem, p. 84). A medicina, nessas condições, associa-se à política para a administração da vida social como uma verdade sanitária.

Na França, na segunda metade do século XVIII, Foucault identifica outra experiência que caracteriza o surgimento da medicina moderna, a *medicina urbana*, contemporânea à urbanização das grandes cidades. Segundo o autor, fundamentalmente por razões políticas e econômicas, surge a necessidade de “construir a cidade como unidade, de organizar o corpo urbano de modo coerente, homogêneo, dependendo de um poder único e bem regulamentado”⁷ (p. 86). E a medicina se associa a essa necessidade com uma variante aperfeiçoada da tecnologia político-médica da quarentena⁸, utilizada até o final da Idade Média. Assim, consiste em analisar as regiões de amontoamento, de confusão e de perigo no espaço urbano, com o desen-

⁵ Com essa classificação, Foucault diferencia a ação positiva de controle sobre a população na chamada *polícia médica* alemã, dos estudos de cálculo estatístico das populações - nascimentos e mortes, principalmente -, que aparecem na Alemanha já no Século XVII.

⁶ Foucault (1989: 83-85) descreve essa *polícia médica* com as seguintes características: um sistema rigoroso e complexo de observação e acompanhamento dos nascimentos e mortes, com informações colhidas de todos os médicos e hospitais; uma normalização da prática e do saber médicos, através das universidades e da corporação médica; uma subordinação da prática médica a uma organização administrativa estatal, encarregada de acumular e acompanhar as informações transmitidas por esses profissionais e emitir normas; e a contratação de médicos pelo Estado, com a organização do seu trabalho por regiões geográficas e de forma hierarquizada em função do “seu domínio de poder ou de exercício da autoridade de seu saber”, ou seja, a administração médica da saúde.

⁷ Foucault (1989: 85-93) descreve como “inquietação político-sanitária” o medo que surge com o desenvolvimento urbano para contextualizar a medicalização das cidades, caracterizado pela alteração do padrão físico e funcional das cidades, com casas e fábricas, mas também “das epidemias urbanas, dos cemitérios que se tornam cada vez mais numerosos e invadem pouco a pouco a cidade; medo dos esgotos, das *caves* sobre as quais são construídas as casas que estão sempre correndo o risco de desmoronar”.

⁸ Foucault (1989) analisa esse modelo médico e político da quarentena a partir dos dois modelos de regulamento de urgência utilizado nas epidemias de lepra e peste. Os *planos de urgência* consistiam numa determinação de não movimento das pessoas, que deviam permanecer em suas casas e em seus próprios compartimentos; na vigilância generalizada por uma autoridade designada, que dividia, esquadrinhava o espaço urbano; um sistema centralizado de registro; uma inspeção rigorosa dos vivos e dos mortos; e na desinfecção dos ambientes com perfumes queimados. As variações dos dois modelos: na *lepra*, a medicalização consistia em localizar o doente, com o sistema descrito, e excluí-lo do convívio, exilá-lo para fora do espaço urbano, de forma religiosa, purificando o espaço; no modelo suscitado pela *peste*, por outro lado, aparece o internamento, para análise minuciosa e registro permanente, ou seja, a revista militar substituindo a purificação religiosa.

cadeamento de ações reguladoras⁹; em controlar e estabelecer uma boa circulação da água e do ar - como conseqüência à crença de que o ar era um dos grandes fatores patógenos, são propostas longas e largas rodovias e destruídas as casas localizadas à beira de rios e pontes -; e, finalmente, na distribuição dos equipamentos necessários à vida comum - para garantir a saúde da cidade, são propostas regras e normas para a distribuição de fontes, esgotos, lavanderias, etc. Estabelece-se uma verdadeira “medicalização das cidades” e a “inserção da medicina no funcionamento geral do discurso e do saber científico” (p. 89), responsáveis pela origem de grande parte da medicina científica dos anos subseqüentes.

Por outro lado, na Inglaterra, por volta do segundo terço do século XIX, Foucault (1989) busca o terceiro alvo da medicalização que está na origem da medicina moderna: dos pobres e operários, da força de trabalho. E, novamente, com uma mescla de razões políticas, econômicas e sanitárias. Os pobres ingleses começam a participar de revoltas, suas atividades laborais informais são dispensadas por serviços organizados, a epidemia de cólera (1832) transforma em risco o avizinhamo de ricos e pobres e, finalmente, o desenvolvimento industrial “desenvolveu” também o proletariado. Nesse contexto, surgem leis que garantem assistência médico-sanitária aos pobres (Lei dos pobres), mas também os colocam sob vários controles médicos, que garantem a saúde dos ricos: “um cordão sanitário autoritário é estendido no interior das cidades entre ricos e pobres” (Foucault, 1989: 95). Essa legislação é complementada com a criação dos sistemas de saúde (*health service/health officers*) que, além da atenção médica aos pobres, acrescenta a obrigatoriedade de toda a população às vacinações, organiza o sistema de registro de doenças e epidemias e estabelece bases para a vigilância e destruição de focos de insalubridade; garante-se, ao mesmo tempo, o controle das classes mais pobres e a diminuição do risco às classes mais ricas. Assim, “a medicina social inglesa, esta é sua originalidade, permitiu a realização de três sistemas médicos superpostos e coexistentes; uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como a vacinação, as epidemias, etc. e uma medicina privada que beneficiava quem tinha dinheiro para pagá-la”. Ou seja, “o sistema inglês possibilitava a organização de uma medicina com faces e formas de poder diferentes segundo se tratasse da medicina assistencial, administrativa e privada, setores bem delimitados que permitiram (...) a existência de um esquadramento médico bastante completo” (p. 97-98).

Se até aqui temos descrita uma tecnologia médica do corpo individual, ou seja, a experiência clínica (reconfiguração epistemológica da doença, ancorada na anátomo-clínica) e uma tecnologia médica do corpo social (a *medicalização* do Estado, das cidades e da força de trabalho), é no nascimento do “hospital médico”, ou melhor, na *medicalização* do hospital, que Foucault encontra o marco da articulação entre essas duas dimensões.

2.1.3. O HOSPITAL: TECNOLOGIA MÉDICA SOBRE O CORPO E SOBRE A POPULAÇÃO

O aparecimento do hospital na tecnologia médica data do final do século XVIII. Até então, os hospitais e as práticas médicas tinham ações e trajetórias independentes. Os hospitais eram, essencialmente, instituições de assistência de caráter religioso¹⁰, separação e exclusão dos pobres doentes. A medicina, por sua vez, amparada na noção de crise, consistia numa prática individual, fundamentalmente uma observação médica do “ataque” da doença à natureza sadia dos indivíduos¹¹.

⁹ O exemplo utilizado por Foucault (1989) é o dos cemitérios, que se multiplicaram no centro das cidades francesas, com o acúmulo de cadáveres em covas coletivas, mau cheiro e protestos da população. A ação médico-sanitária proposta para controle desses protestos foi a individualização dos cadáveres, caixões e túmulos e a transferência dos cemitérios para as planícies circunvizinhas.

¹⁰ Foucault (1989: 101-102) descreve, como personagens típicos dos hospitais, até o século XVIII, o pobre que estava à morte - e que precisava, portanto, de assistência material e espiritual, bem como ser separado da vida comunitária para proteger os demais do risco do adoecimento - e religiosos e filantropos, encarregados de assegurar a “salvação da alma” dos moribundos e, assim, a própria salvação eterna daqueles que realizavam tais atividades.

¹¹ Quanto a essa prática médica, Foucault (1989: 102-103) a descreve, não como uma intervenção destinada à cura e fundamentada na experiência clínica, que surge a partir de então, mas uma relação individual do médico e do doente, mais de observação dos sinais e previsão da evolução dessa “luta entre a natureza e a doença” representada pela crise, “momento em que se afrontavam, no doente, a natureza sadia do indivíduo e o mal que o atacava”.

Segundo Foucault (1989), o nascimento do hospital médico foi possível pela configuração de técnicas de poder disciplinar e técnicas médicas de intervenção sobre o meio.

Em relação às técnicas médicas de intervenção, além dos modelos desenvolvidos na França, na Alemanha e na Inglaterra, já descritos, devem ser consideradas as “viagens-inquérito” de *visita e observação sistemática e comparada* dos hospitais realizadas na Europa, principalmente entre os anos de 1775 e 1780. De acordo com Foucault (1989) esses inquéritos, que estabelecem um novo olhar sobre os hospitais, transformando-os em “máquinas de curar”, respondem a um certo desconforto social com a existência dos hospitais no meio das cidades. Assim, deixam de ser vistos como uma simples desenho arquitetônico e começam a ser estudados por meio da análise das relações entre fenômenos patológicos e espaciais, ou seja, precisam ter sua localização geográfica estabelecida e, internamente, sua estrutura e sua funcionalidade precisam ser previstas em função de estudos das relações entre mortalidade e tipo de tratamento, estatísticas comparadas entre os diversos hospitais, etc. Dessa forma, vai surgindo uma tecnologia de definição da estrutura interna do hospital, posição de salas, ventilação e comunicação, repartição de doentes, de rotinas. Essa tecnologia faz sentido desde a reorganização epistemológica que transportou a doença para um efeito da ação específica do meio sobre o indivíduo, quando passa a demandar uma ação médica própria: se a doença é um fenômeno natural que obedece a leis naturais, é sobre o que circunda a doença que deve ser dirigida a ação médica (o ar, a água, a alimentação e também sobre o corpo doente).

Por outro lado, Foucault (1989) observa que essa tecnologia hospitalar já havia sido desenvolvida no século anterior, nos hospitais marítimos e militares, como uma tecnologia política (a disciplina) de anulação das desordens.

Nos hospitais marítimos, a desordem era principalmente econômica. Traficantes de mercadorias, especiarias e objetos preciosos buscados nas colônias simulavam doenças e, ao invés da inspeção alfandegária, eram transferidos aos hospitais no momento do desembarque, transformando os hospitais dos principais portos da Europa em locais de contrabando. Doenças epidêmicas trazidas pelos viajantes também passam a preocupar as autoridades. Surgem então, nos regulamentos desses hospitais, as inspeções nos cofres dos viajantes e dos que trabalham nos hospitais (“esquadrinhamento econômico”) e a quarentena para os viajantes, ou seja, normas que procuram impedir que esses hospitais sejam foco de desordens econômicas e médicas. Nos hospitais militares, por sua vez, a desordem é técnica e militar (simuladamente também econômica). Ocorre que, com o surgimento das novas tecnologias militares (fuzil, canhão), os soldados precisavam ser treinados e isso aumentou sensivelmente os gastos dos exércitos. Era preciso uma tecnologia que evitasse a perda desses homens (antes das batalhas!) por doenças ou pela deserção (muitos soldados simulavam doenças ou, uma vez curados, fingiam ainda estar doentes). A morte só poderia acontecer, com esses homens de alto investimento, em plena forma e nos campos de combate. Surge, então, nos hospitais marítimos e militares uma tecnologia política (a disciplina) que não é nova – já existia na Idade Média como estado isolado, nos mosteiros, nas empresas escravistas –; novo é o modo de sua utilização, para a gestão e controle dos homens¹².

Tomado a partir dessa dupla origem, das técnicas de poder disciplinar e da técnica médica de intervenção sobre o meio, é possível compreender melhor as características do hospital médico. Assim, conforme afirma Foucault (1989), pelo efeito da intervenção sobre o doente e em nome da cura, será definida a localização e a distribuição interna do espaço hospitalar: “o espaço hospitalar é medicalizado em sua função e em seus efeitos” (p. 109). Nesse processo o sistema de poder no interior do hospital passa para o médico, que define toda a hierarquia do hospital, e é estabelecido um sistema de registro permanente e exaustivo: “constitui-se um campo documental no interior do hospital que não é somente um lugar de cura, mas também de registro, acúmulo e formação de saber” (p. 110). O hospital passa a ser, então, o principal lugar de aquisição e sistematização da experiência clínica, que “pela disciplinarização do espaço médico, pelo fato de se poder isolar cada indivíduo, colocá-lo em um leito, prescrever-lhe um regime, etc.” (p. 111), pretende-se uma prática individualizante. Mas na verdade, os modos de intervenção clínica configuram-se também como coletivos porque

¹² Foucault (1989: 105-106) irá tomar o exemplo dos exércitos e das escolas para descrever esse novo sistema disciplinar como “a arte de distribuição espacial dos indivíduos”; o controle do desenvolvimento da ação (“a arte do corpo humano”); “a vigilância perpétua e constante dos indivíduos”; e o “registro contínuo” dos fenômenos observados.

a disciplinarização do espaço médico torna possível observar uma grande quantidade de pessoas e porque os registros cotidianos e a experiência clínica, sistematizada na atenção de um grande número de doentes, tornam possível constatar fenômenos patológicos comuns a diversas populações e tratá-los com as tecnologias desenvolvidas no espaço hospitalar. A medicina moderna, decididamente, passou a incorporar “uma estratégia biopolítica” (Foucault, 1989), que articula, no corpo dos indivíduos, o controle do Estado sobre os indivíduos que se continua pela ideologia, pela consciência e pelas demais estratégias sociais de produção de identidade.

2.1.4. MEDICINA: UMA MODERNA TÉCNICA GERAL DE SAÚDE

“A medicina como técnica geral de saúde, mais do que como serviço das doenças e arte das curas, assume um lugar cada vez mais importante nas estruturas administrativas e nesta maquinaria de poder que, durante o século XVIII, não cessa de se estender e de se afirmar” (Foucault, 1989: 202). Se é verdade que atualmente há a concorrência de uma variedade muito grande de discursos - ampliados e potencializados pela mídia -, o que diminui a relevância política do campo médico específico, conforme caracterizado nas páginas anteriores, também é preciso reconhecer que o discurso médico configurado pela modernidade permanece sendo uma referência importante para a definição da qualidade de vida das pessoas. Talvez seja justamente essa ampliação e potencialização do discurso que mantém o poder médico, mesmo desfocado da figura física deste. O discurso médico ainda assujeita amplos setores sociais e atua sobre a vida das pessoas, veja-se as campanhas de vacinação - e a sensação de culpa das mães que não vacinam seus filhos, quando estes adoecem -, as lições de “higiene moral e social” que ainda se ouvem nas escolas, as pesquisas que “comprovam” a superioridade de raças, gêneros, etc. em função de particularidade do corpo (peso do cérebro, número de neurônios, etc.), ou ainda, em episódio mais recente, e atualizado cotidianamente nos consultórios médicos, a “descoberta” do “câncer gay”, que se mostrou mais universal que isso e dizima vidas supostamente protegidas dessa “disfunção”.

Mas, a seqüência do argumento por essa vertente provavelmente produzirá uma dupla armadilha, bem comum em algumas análises: ou um ceticismo paralisante ou o congelamento em um compromisso “ideológico” ou “de classe”. Ambos desdobrando-se com a tendência de “deixar de lado” uma reflexão mais produtiva e relacional.

É nesse aspecto que se mostra mais útil a contribuição da analítica foucaultiana, ao pôr o discurso médico em relação com outros discursos, buscando identificar um regime discursivo que autoriza os enunciados do discurso médico bem como a produção de outros sujeitos desse discurso. Analisar o “murmúrio”, o “se diz” sobre a saúde e a doença, sobre o viver bem, é imprescindível para não incorrer no erro de uma análise fragmentária e parcial, que esvazia as possibilidades de mudança.

De qualquer forma, ao analisar a medicina atual, como campo de discursos de verdade e de práticas de poder, é inevitável constatar o quanto têm se mantido perenes sua estrutura de valores, a importância do aprendizado da “experiência clínica” no espaço disciplinar do hospital - e, mais ainda, como insiste em se apresentar como uma arte da cura, a partir da relação individual do médico com o “seu” doente (reduzido à condição de “paciente”). Mesmo tendo a constatação de que o hospital produz doenças e sofrimento (Pitta, 1999), justamente pelo disciplinamento excessivo, pela despersonalização do doente (seu assujeitamento pelo discurso do “paciente”), essa percepção não se desdobra em questionamentos potentes do estrato em que se assenta esse discurso ou, mesmo, da constituição desse próprio discurso. Parece que o assujeitamento dos profissionais ao “discurso médico”, fortalecido no disciplinamento a que a profissão médica foi submetida na medicina de estado alemã e mesmo no interior do hospital médico atualizam-se mesmo dois séculos depois de manifestar-se em estado emergente. Talvez porque a própria instituição médica também tenha se mantido perene...¹³

¹³ Na verdade, a análise da circulação de idéias no Território da Medicina mostrou que um conjunto de dispositivos disciplinares da própria corporação tornou-se necessário, mais contemporaneamente, para buscar a manutenção do lugar que a instituição medicina ocupa na sociedade e, principalmente, para tentar manter o ordenamento interno, ameaçado por tensionamentos e por uma intensa movimentação de idéias mais periféricas. Percebe-se, portanto, que a perenidade tornou-se apenas um fenômeno aparente, visto pelo olhar panorâmico, que não é constatável quando é buscado na internalidade da própria instituição.

Como nos permite ver a análise feita por Michel Foucault, em diversos momentos da sua obra, há uma relação muito particular no surgimento da medicina moderna (medicina científica ou biomedicina), a ciência moderna e o Estado moderno, particularmente na sua configuração ocidental. Essa relação desdobra-se numa convergência epistemológica, política e social e permite compreender a aparente estabilidade da medicina moderna diante das mudanças que ocorreram na sociedade. Entretanto, mais contemporaneamente, algumas questões novas foram criadas nas relações sociais, políticas e econômicas que produzem grandes alicerces no modo de funcionamento da sociedade. Essas questões, evidentemente, também tiveram impacto no campo da ciência, da medicina, do Estado e das relações que se estabelecem entre eles.

Nos itens seguintes, serão revisadas (“visitados” se adequa melhor à idéia do “mapa”, conforme o objetivo delegado a este Capítulo) algumas questões acerca da formação e da prática médicas e sobre o sistema de saúde brasileiro, tentando buscar marcos da constituição atual, bem como fragmentos e fissuras, que permitam cartografar inovações, conforme está proposto para esta Tese.

2.2. Formação médica sob olhares pós-modernos: há tensões e rupturas no contexto atual?

Uma importante discussão no cenário brasileiro da “questão saúde” é a que se refere aos chamados “recursos humanos”. Desde tempo recente, especialmente a partir das problematizações que cercam as disposições da Constituição Brasileira, a formação (graduação, pós-graduação, formação continuada e formação em serviço) dos profissionais da saúde recorta a discussão com particular intensidade, ora sendo considerada prioritária para desencadear as adequações necessárias à ampliação da atuação do sistema de saúde para impulsionar a qualidade de vida dos cidadãos, ora sendo responsabilizada pelas insuficiências técnicas e de abrangência das ações desenvolvidas nos serviços de saúde.

Seja por um franco predomínio numérico, ou seja, pela hegemonia operacional, estudos sobre esse tema fundamentam-se, por regra, no ensino médico. Como já foi demonstrado (Schraiber, 1989), há um pressuposto de cunho ideológico que ajuda a esclarecer essa transposição. Esse pressuposto, de origem histórica, marcou a associação entre as práticas em saúde e a medicina, tanto que entre nós, muitas vezes a segunda é utilizada para simbolizar a primeira. Tal evidência responde à imagem idealizada do trabalho médico: uma produção de ações isolada, individual e independente, prática que se convencionou chamar de “medicina liberal”.

Assim, “a medicina [e por extensão a saúde de forma geral], fortemente marcada como prática dependente de seu agente nuclear, parece derivar suas características senão de uma competência vocacional do médico, pelo menos de sua capacitação técnica e científica” (Schraiber, 1989: 14). A ação profissional parece concebida como que derivada “essencialmente das convicções, expectativas ou conhecimentos técnicos do médico” e, sendo assim, “os problemas concernentes à prática médica parecerão questões postas para sua formação profissional” (idem).

Para essa sucessão de transposições - e tendo como pano de fundo uma concepção de progresso fundamentada essencialmente na produção e absorção de tecnologias cada vez mais sofisticadas - o problema da formação, e antes ainda, das práticas em saúde, torna-se um problema de *déficit* de conhecimentos e habilidades, cuja solução proposta é a cada vez maior fragmentação e diversificação das disciplinas oferecidas no currículo, o que permitiria a experiencição de novas ações e equipamentos. Ou seja, dito de outra forma, haveria um *déficit* de qualidade na ação em saúde, relativo ao âmbito da formação - daí que sua identificação é, via de regra, proposta por avaliações cognitivas dos alunos ou as comparações de desempenho segundo a aprovação em exames de residência médica ou em concursos internacionais - e sua estratégia de atuação é a otimização do processo de formação e o controle de qualidade dos procedimentos médicos - eficácia, pertinência, custo-benefício.

Essa chamada “inovação curricular”, responsável pela explosão de remanejamentos de disciplinas e cargas horárias que se tem visto nos últimos anos, entretanto, não tem respondido à chamada “crise de eficácia da clínica”, definida, cada vez mais, como um descompasso entre a incorporação de um volume crescente de

tecnologias e conhecimentos, as demandas sociais e o médico recém-formado. Nessa definição transparece uma concepção de qualidade de cunho ecológico, articulando um conjunto de relações entre as escolas médicas e seu contexto socioeconômico, recolocando a questão da qualidade como “resultado do processo de formação, em suas múltiplas relações com o contexto sanitário e social” (Gallo, 1996: 132), orientando sua reestruturação a partir da perspectiva dos usuários dos serviços de saúde.

Leite (1997a; 1997b) e Steffen e Colaboradores (1999), revisitando pesquisa realizada anteriormente em universidades latino-americanas (Leite e Cols., 1995), teceu considerações sobre a “pedagogia universitária” na área da medicina. Segundo esses autores, há um componente ideológico influenciando o fazer didático, os discursos e as práticas pedagógicas, que se manifesta no arbítrio que está presente na estrutura de poder da profissão a que corresponde o curso, no interior da estrutura social. No caso da medicina, típica carreira liberal, com maior seletividade no vestibular, maior demanda universitária e alto status social, a qualidade pedagógica está voltada para a reprodução do conhecimento e tem maiores resistências a inovações. A aprendizagem é feita pela memorização, dissocia teoria e prática. O ensino é valorizado enquanto reconhecimento do saber do professor, cuja imagem depende do seu êxito como profissional liberal, pelo que é estimulada a relação de dependência e admiração do aluno. Segundo Leite (1997), a pesquisa anterior demonstrou que os problemas da prática pedagógica não estão circunscritos a ela e sim ao correspondente campo epistemológico em que se insere a profissão e que este, por sua vez, está diretamente definido e controlado pelo modo de produção que está presente na divisão social do trabalho posta na sociedade.

Como se vê, estão articulados com particular intensidade, nesse contexto de crise, uma dimensão pedagógica, relativa à produção e disseminação do conhecimento médico, e o modo como esse conhecimento é convertido em ações. Como já foi referido, essa articulação responde à imagem da medicina moderna como profissão liberal.

Boaventura Santos (1997), auxilia no desenho de uma reflexão geral que permite pensar a articulação entre a saúde e a educação no contexto atual. Para esse autor, “estamos entrando numa fase de crise paradigmática e, portanto, de transição entre paradigmas epistemológicos, sociais, políticos e culturais” (p. 322) que caracteriza a passagem da modernidade para a pós-modernidade. Se for verdade que é difícil pensar no paradigma emergente a partir das “vibrações” ou “fragmentos pré-paradigmáticos” que, por enquanto, somente configuram um “paradigma virtual”, a maior dificuldade é de parâmetros para esse exercício, pois “sequer é seguro que à modernidade se seguirá outro paradigma com a mesma coerência global e pretensão totalizadora que ela teve” (p. 327). Talvez, conforme o autor, a emergência seja uma diversidade de paradigmas que se combinem em permanente conflito, como atualmente, em conjunto, conflituam com o paradigma da modernidade hegemônica, em decadência.

Por outro lado, é preciso reconhecer o conflito paradigmático precisamente porque só assim se poderá “reconstituir o nível de complexidade a partir do qual é possível pensar e operacionalizar alternativas de desenvolvimento societal” (Santos, 1997: 346).

A modernidade, segundo Boaventura Santos (1997), tem sua matriz no equilíbrio, pretensamente harmonioso e dinâmico, entre regulação e emancipação, os pilares sobre os quais se sustentou a transformação radical da pré-modernidade. O pilar da regulação é caracterizado pela articulação do princípio do Estado (Hobbes), pelo princípio do mercado (Locke) e pelo princípio da comunidade (Rousseau). Já o pilar da emancipação é constituído pela articulação de três dimensões da racionalização moderna e secularização da vida coletiva: a racionalidade moral-prática, da ética e do direito; a racionalidade cognitivo-experimental, da ciência e da técnica; e a racionalidade estético-expressiva, das artes e da literatura.

Segundo o autor (Santos, 1997), “à medida em que a trajetória da modernidade se identificou com a trajetória do capitalismo, o pilar da regulação veio a fortalecer-se à custa do pilar da emancipação” (p. 236), num processo oscilante e contraditório que provocou também rearranjos no equilíbrio dos princípios internos de ambos. No pilar da regulação, houve uma hipertrofia do princípio do mercado em detrimento do princípio do Estado e de ambos em detrimento do princípio da comunidade, esvaziado com a separação em sociedade civil e indivíduo. Já no pilar da emancipação, “a racionalidade cognitivo-instrumental da ciência e da técnica desenvolveu-se em detrimento das demais racionalidades e acabou por colonizá-las” (p. 236), fenômeno que se traduziu pela progressiva hegemonia das epistemologias positivistas.

Concomitantemente à hegemonia da regulação, e por consequência dela, quatro axiomas fundamentais foram se compondo e, segundo Boaventura Santos (1997), estão na base dos problemas que definem a crise da modernidade. O primeiro deles “deriva da hegemonia que a racionalidade científica assumiu e consiste na transformação dos problemas éticos e políticos em problemas técnicos” e, sempre que essa transformação não é possível, em problemas jurídicos (p. 321). O segundo axioma, que promove o individualismo possessivo, é o da “legitimidade da propriedade privada independente da legitimidade do uso da propriedade”; esse axioma foi articulado com a cultura consumista e, assim, tende a desviar energias sociais da interação entre as pessoas para a interação com os objetos. “O terceiro axioma é o axioma da soberania dos Estados e da obrigação política vertical dos cidadãos perante o Estado (...). O quarto e último axioma é a crença no progresso, entendido como um desenvolvimento infinito, alimentado pelo crescimento econômico, pela ampliação das relações e pelo desenvolvimento tecnológico” (p. 321).

Boaventura Santos (1997), ao contrário de outros autores pós-modernos, reafirma a existência de alternativas para além dessa modernidade exaurida. O autor ressalta que, para isso, é preciso fugir da bifurcação que, mesmo no desequilíbrio em que se encontra, a modernidade coloca para a análise, ao modo das demais polaridades que ela apresenta: modernidade ou barbárie. É preciso buscar as possibilidades de futuro através de uma “arqueologia virtual do presente” que torna possível o futuro. Nessa arqueologia, “só interessa escavar sobre o que não foi feito e porque não foi feito, ou seja, porque é que as alternativas deixaram de o ser” (p. 324). Assim, as “escavações” precisam ser orientadas para os silêncios e os silenciamentos, para as margens, periferias e *zonas de fronteira*, para os híbridos e caóticos, para as áreas que anunciam o conflito paradigmático.

Ainda como subsídio para contextualizar as reflexões sobre a educação e a saúde, busco mais um auxílio em Boaventura Santos (1997). Para esse autor, três grandes áreas de conflito paradigmático são visualizáveis atualmente: conhecimento e subjetividade, padrões de transformação social e poder e política. Na área do *conhecimento e subjetividade*, temos que, desde o paradigma moderno, a ciência, marcada pela racionalidade cognitivo-instrumental, produz a única forma de conhecimento válido, que é demonstrável, cumulativo, atemporal e excludente. Essa racionalidade engendrou uma subjetividade individual, privatizada, segundo o modelo arquetípico do *homo economicus*. No paradigma emergente estariam presentes tantas formas de conhecimento quantas as práticas sociais consigam gerar e sustentar. O conhecimento seria argumentativo, temporal, permeável a outros conhecimentos, articulável e complexo. Resultado do alargamento da racionalidade cognitivo-instrumental para uma razoabilidade onde cabem também as racionalidades moral-prática e estético-expressiva, esse conhecimento engendraria subjetividades com outras características.

No que se refere aos *padrões de transformação social*, o conflito estaria marcado pelas características do paradigma capital-expansionista e do eco-socialista. Esse conflito tem repercussões imediatas sobre o poder e a política. O paradigma capital-expansionista, atualmente hegemônico, entende o desenvolvimento como crescimento econômico contínuo, assentado na industrialização e no crescimento tecnológico infinitos; concebe uma descontinuidade entre a natureza e a sociedade, sendo a primeira matéria para a produção; a produção que garante desenvolvimento seria a produção advinda da propriedade privada, pelo que estariam justificadas, *per se*, as regras de controle da força de trabalho. Já para o paradigma eco-socialista emergente, o desenvolvimento seria auferido pela satisfação das necessidades humanas; natureza e sociedade formariam uma continuidade; haveria equilíbrio entre as formas individual, comunitária e estatal de propriedade, todas operando com mínimo controle. Este conflito estaria, segundo Boaventura Santos (1997), colado no conflito entre os paradigmas da democracia autoritária e da democracia eco-socialista (*poder e política*), o primeiro deles inscrito na matriz do estado liberal moderno. Para o paradigma eco-socialista, a democracia deve ser expandida a todos os espaços estruturais da sociedade (doméstico, da produção, da cidadania e mundial), para uma escala cosmopolita e para uma dimensão intertemporal e intergeracional.

A revisão dessas categorias de análise visa, segundo sugestão do próprio autor, facilitar o reconhecimento do conflito paradigmático para “reconstituir o nível de complexidade a partir do qual é possível pensar e operacionalizar alternativas para o desenvolvimento societal” (Santos, 1997: 346). Reconstituir a complexidade a partir de outra combinação de elementos de racionalidade desprezados pela racionalidade

moderna. Identificar o contexto dos impasses que estão colocados, no espaço social, para permitir outras leituras que produzam alternativas de vida. Parece-me que aqui se retoma, novamente, uma idéia do primeiro Capítulo desta cartografia: possibilidade de favorecer, de fermentar, outras possibilidades de vida, mais democráticas, *radicalmente* democráticas. Essa utopia (energia de mobilização), esse sonho (atualidade), estendidos à formação e à prática médicas, enquanto partes das práticas em saúde. Assim, as ferramentas propostas por Boaventura Santos também auxiliam nessa análise. Serão importantes para o reconhecimento das idéias inovadoras à clínica (saber e práticas de cuidado à saúde) e à pedagogia que a configura, tanto no espaço da formação acadêmica (graduada e pós-graduada), quanto nos processos de formação continuada e, mesmo, na atualização que fazem os profissionais pelo próprio exercício da clínica.

No próximo bloco se verá uma potente possibilidade de revezamento dessas categorias no atual contexto brasileiro de discussão e de proposição da organização dos serviços de saúde, onde será possível identificar, de forma ainda tênue (*zona cinzenta de transição*), os conflitos assinalados, que estarei atualizando a partir dos conceitos de *medicalização* e *integralidade com equidade*. Essa configuração registrada no mapa será revisitada por ocasião da análise das idéias no território dos Conselhos de Saúde e servirá para identificar a necessidade de novos desenhos para a clínica, uma vez que o sistema público de saúde é o principal espaço de atuação dos médicos e demais profissionais de saúde.

3. SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE E CONSELHOS DE SAÚDE: MEDICALIZANDO A PARTICIPAÇÃO DA POPULAÇÃO?

Neste item pretendo discorrer sobre a convivência cotidiana e tensa entre diferentes conceitos de público, popular e estatal na configuração institucional dos Conselhos de Saúde no Brasil, o que lhes confere uma conflitualidade constitutiva das suas articulações políticas, bem como a outros aspectos do atual sistema de saúde brasileiro. Nessa mesma medida, antecipa, em parte, a argumentação teórica que justifica a escolha desse Território para cartografar indícios de inovação à formação e à prática médicas. Além do espaço dos Conselhos, também foram buscados indícios de inovação nas publicações das entidades médicas.

A reflexão aqui proposta contribuirá também para encadear argumentos que sustentam tal investigação, uma vez que pretendo fazer emergir a situação limítrofe às teorias (e práticas sociais com que estas se interrelacionam) vivenciada no pólo pragmático-político dos Conselhos de Saúde e, portanto, fórum germinativo de inovações, rupturas paradigmáticas, reconfiguração de saberes e poderes, conforme propõe Boaventura Santos (1997).

Mais do que identificar a heterogeneidade das idéias que são produzidas sobre esses Conselhos, pretendo mostrar o processo de interações desencadeadas no seu interior e nas suas 'adjacências', que resulta em sua configuração *pragmática, concreta em ato* (ao invés de abstrata e global). Impregnada, portanto, de racionalidades localizadas (*mini-racionalidades*, conforme nos auxilia Boaventura Santos em diversos momentos de sua obra) e de revezamentos parciais e fragmentários entre teoria e prática, conforme sugerem Foucault e Deleuze (Foucault, 1989).

O que se pode supor na aparente contraditoriedade das práticas cotidianas, como normalmente são vistas pelos olhares externos, e no amplo dissenso das análises e mesmo das avaliações sobre suas perspectivas é que há, nas leituras tradicionalmente feitas sobre esses contextos, uma tendência de capturar o seu potencial germinativo por equivalentes gerais de homogeneização, tão caros à racionalidade moderna. O resultado desses estudos tem sido uma variedade de regras e tendências universalizantes, que se chocam entre si e que não traduzem mais do que regras disciplinadoras ou avaliações imobilizantes.

Por outro lado, a complexidade cotidiana e o dissenso contribuem para afirmar, aos atores coadjuvantes desses espaços, um desafio educativo que poderia ser classificado, nas palavras de Paulo Freire, como o desafio de uma "inconclusão que se percebe como tal" (Freire, 1995) e que, assim enunciada, suscita à curiosidade, também provocada em diversos pesquisadores, que têm feito dos Conselhos de Saúde espaço de investigação. Essa curiosidade, que mobiliza às descobertas e à criação, tem uma potencialidade mais fluida no campo das práticas sociais, se comparada com o campo das produções teóricas que buscam analisá-las. Resgatando uma construção já proposta em outro ensaio (Ferla, 1997), que é fundamentada em Santos (1997) e Valla (1994a, 1996), o campo teórico muitas vezes utilizado reproduz a crise de degenerescência¹⁴ do paradigma da ciência moderna e se apresenta como uma crise de interpretação.

Com isso, pretendo fortalecer o argumento que a diversidade de "olhares" sobre a participação das pessoas nos serviços de saúde (como também na assistência e na organização dos serviços, na conceituação da

¹⁴ Conforme Santos (1997), diferentemente das crises de crescimento, a atual crise da ciência atravessa todos as disciplinas e a reflexão epistemológica começa a reconhecer outras formas de racionalidade, bem como a insuficiência na sustentação do paradigma moderno. A essa crise, sucedem-se indícios/fragmentos de novas racionalidades, muitos dos quais o autor organiza a partir do conceito de "paradigma prudente para uma vida decente".

saúde e da assistência, no funcionamento dos Conselhos de Saúde etc.) é uma causa e um sintoma do choque entre duas perspectivas distintas de conceber a saúde, que estou indicando, provisoriamente, como *medicalização* (configuração de acordo com a racionalidade médica ocidental moderna, conforme descrito anteriormente) e *integralidade com equidade*, como será caracterizada posteriormente. Embora com existência concomitante mesmo nos espaços de forte presença popular, a perspectiva *medicalizadora* está mais associada à racionalidade científica moderna, com sua marca ilustrada e instrumental, e a perspectiva da *integralidade com equidade* tem expressão mais pronunciada nas práticas populares e nas *zonas de fronteira* dos valores hegemônicos¹⁵.

Dito isso, é necessário apresentar uma avaliação pessoal de que há um forte aprendizado para a atenção em saúde no estudo do que se apresenta como diverso, caótico, contraditório e anormal nas experiências cotidianas populares em saúde, entre as quais se encontram os Conselhos de Saúde. Essa avaliação, antecipadamente imersa na minha militância ética e política no contexto da Educação Popular e Saúde, significa aceitar o desafio de operar com a curiosidade espontânea e estética, para acrescentar-lhe uma curiosidade epistemológica, que torna possível uma análise mais potente desse contexto. Paulo Freire (1995) assevera, rejeitando a crítica cientificista de falta de rigor nas suas análises recheadas de afeto: “A paixão com que conheço, falo ou escrevo não diminuem o compromisso com o que denuncio ou anuncio. Sou uma inteireza e não uma dicotomia. Não tenho uma parte esquemática, meticulosa, racionalista e outra desarticulada, imprecisa, querendo simplesmente bem ao mundo. Conheço com meu corpo todo, sentimentos, paixão. Razão também” (p. 18). É dessa forma que exerço a função de cartógrafo: com o corpo todo, também com a mente.

Um questionamento concreto também suscita essa *curiosidade*. Há um conjunto de reconfigurações na organização e no funcionamento do sistema público de saúde brasileiro, no qual estão inseridas a grande maior parte das ações de saúde desenvolvidas atualmente no país pelos profissionais de saúde. O envolvimento concreto e cotidiano na direção do Sistema Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, para além da convicção do potencial de inovação que as práticas no interior desse sistema têm para a atuação dos seus profissionais, vem demonstrando que as mudanças são demandadas cotidianamente por diversos dos seus atores cotidianos. Há, assim, também uma relevância prática, derivada dessa necessidade, no estudo que está sendo realizado.

3.1. Estado e sociedade civil: conceitos se (re)configurando também no campo da saúde

Os Conselhos de Saúde são um sistema nacional de órgãos colegiados, que possui sua base em municípios, estados e na União e foi um saldo institucional dos movimentos comunitários pela saúde dos anos 70. Juntamente com as Conferências de Saúde, os Conselhos traduzem o princípio constitucional de participação popular no sistema público de saúde e uma das idéias fundadoras do movimento sanitário brasileiro, que é o controle social sobre a gestão do setor saúde. Após uma sucessão de padrões institucionais diversos, desde os princípios do sistema de saúde apostos à Constituição Federal de 1988 e sua regulamentação em 1990, está definida uma composição por segmentos: prestadores públicos e privados de saúde (serviços estatais e privados), trabalhadores em saúde e de usuários. Essa rede nacional de Conselhos de Saúde possui, desde o texto legal, uma função deliberativa e fiscalizatória sobre as ações e serviços de saúde, sendo a instância máxima de decisão sobre o sistema público de saúde. Essa estrutura, que tem a prerrogativa legal de definir prioridades para o sistema de saúde, é composta, na sua maioria, por representantes de outros segmentos que não o de trabalhadores de saúde ou do governo. Metade dos participantes representa, por disposição legal, a população usuária dos serviços de saúde (os “pacientes”, na concepção antropológica da medicina moderna). Como se pode supor, não é *exatamente* a racionalidade biomédica ou da burocracia

¹⁵ O trabalho cartográfico, apresentado no próximo Capítulo, mostrou a presença marcante de inovações também no Território da medicina moderna, em alguns lugares fronteiriços, mas também nas fortes reações das entidades corporativas às ameaças a sua configuração atual, quando aparecem com maior expressão outras práticas e racionalidades.

estatal que reproduzem nesses espaços os representantes dos usuários. Também é preciso registrar que, ao contrário dos arranjos institucionais para a participação da população no sistema de saúde anterior à Constituição, no SUS esses espaços institucionais têm o poder político, mesmo que restrito, muitas vezes, à delegação legal, de deliberar sobre o sistema de saúde, pelo que passou a ser denominado de “controle social”, só que com vetor de direção inversa àquela até então existente, que ia do Estado à sociedade.

No sistema público de saúde, o princípio constitucional de participação popular nasceu associado ao seu desenho institucional atual, o Sistema Único de Saúde, e representou uma mediação *instável*¹⁶ entre a idéia de controle social sobre o poder público, defendida pelo movimento de saúde na década de 80, e de controle social sobre a sociedade civil, intrínseca aos modelos de saúde pública nos formatos tradicionais e, mesmo, dos setores de “vanguarda” do movimento de saúde da década de 60 (os primeiros, de cunho mais liberal, para manter a hegemonia política, e os movimentos de “vanguarda”, para esclarecer e movimentar os setores populares na conquista do poder político). Para a compreensão de ambos os conceitos, as idéias de Estado, sociedade civil, público e privado, conforme foram propostos na modernidade. Daí o percurso por alguns dos principais teóricos modernos que os desenvolveram, conforme estará descrito na seqüência deste texto. Antes, porém, uma breve revisão de alguns estudos sobre os Conselhos, para evidenciar os diferentes planos de análise que estão sendo utilizados e a heterogeneidade de suas conclusões.

3.2. A participação no sistema de saúde brasileiro

Os estudos da participação da comunidade no sistema de saúde brasileiro têm demonstrado uma diversidade muito grande de perspectivas, mesmo quando o foco da observação é o mesmo. Alguns estudos têm uma abordagem mais geral e examinam essa questão à luz de teorias do Estado e de grandes correntes do pensamento sociológico e político. Mais do que para mostrar os contornos desse território, esses estudos também servem para agregar às práticas profissionais no sistema de saúde uma politicidade muitas vezes mascarada sob o argumento da “cientificidade” da clínica em saúde.

Para Côrtes (1996), a disseminação dos fóruns participatórios na área da saúde no Brasil, principalmente desde o final da década de sessenta, foi originária da crise de legitimidade por que passaram as democracias liberais, na crise da economia mundial, no surgimento dos novos movimentos sociais, nas orientações específicas de agências de fomento internacional, no desenho da política de saúde nacional e na própria agenda do setor saúde brasileiro. Para a autora, a consolidação formal do controle dos usuários sobre a gestão dos serviços de saúde no Brasil ainda não se transformou em realidade absoluta, principalmente devido aos problemas na descentralização geográfica da gestão desses serviços, na insuficiência de recursos financeiros para a sua organização e pelas disputas políticas entre as três esferas de governo.

Para Martins (1996), que identifica em muitas políticas oficiais de financiamento e de organização dos serviços ameaças à “relevância pública” definida constitucionalmente para as ações de saúde, uma transposição epistemológica poderia contribuir para minimizar a ameaça de retrocessos institucionais no controle que deve ser exercido pela sociedade sobre o sistema de saúde, tensionados por segmentos politicamente ativos e minoritários da sociedade. Mais do que isso, faria avançar o campo da Saúde Pública na ampliação de conquistas sociais na direção da equidade. A autora propõe a transposição do campo técnico-operacional para o campo político do conceito da “esfera pública” habermasiana, a partir da qual os Conselhos deveriam

¹⁶ Conforme já desenvolvido em outros estudos (Ferla, 2002a; Ferla, 2002c) e por outros autores (Carvalho, 1997), esse adjetivo deve mostrar um processo dinâmico, onde algumas vezes as lógicas tecnocráticas e da burocracia expressam-se também nos espaços de participação e subordinam os usuários. Sendo uma “esfera pública híbrida” (participação do estado e da sociedade) conforme caracteriza Boaventura Santos (2002), onde concorrem argumentos dos diversos atores envolvidos com o sistema de saúde, há uma diversidade muito grande de combinações relativas à quantidade de interesses que são contemplados e/ou contrariados em cada situação e também é bastante heterogênea a situação política concreta de cada Conselho (municipal, estadual e nacional). O adjetivo busca, portanto, fugir da afirmação, que seria ingênua, de que os Conselhos exercem apenas, e de forma linearmente constante, controle sobre o Estado. Eles também o fazem e esse é um movimento inovador, já que invertem o vetor tradicional, de controle do Estado Moderno sobre a sociedade (civil).

ser “espaço interinstitucional, multidisciplinar e popular de discussão e decisão sobre a organização institucional envolvida nos processos de saúde-doença-morte da população” (p. 64).

Também no campo epistemológico, Márcia Westphal (1994) afirma que população e profissionais da saúde, muitas vezes, confundem saúde com a assistência prestada pelos profissionais médicos, havendo a necessidade de uma ação pedagógica dos profissionais dispostos a ultrapassar os limites da normatividade envolvida na ação assistencial de saúde que coloque os atores e movimentos sociais como ‘sujeitos’ dessas ações, através de formação política e informação sobre a saúde à população, transcendendo os limites da determinação biológica das doenças e ampliando o espaço de intervenção intersetorial.

Um visível balizamento analítico transparece nesses estudos: todos sugerem que há insuficiências na *script* teórico que seguem os atores ou o próprio processo de instauração dos espaços de participação, bem como dos desenhos oficiais de organização dos sistemas de saúde.

Em relação ao papel dos profissionais de saúde no esclarecimento das possibilidades de transformação das condições de vida dos setores populares, José Mendes Ribeiro (1996) identifica, no caso brasileiro, a formação de uma tecnoburocracia estatal, cuja influência se faz relevante na tomada de decisões sobre as políticas de saúde, que tende a organizar a mediação pública a partir de critérios técnicos, desfocando essa mediação do campo político. Embora também considere inovador o papel dos Conselhos de Saúde na instauração ou na modelagem do Estado brasileiro contemporâneo, por meio da instalação de novas lógicas de pactuação política entre grupos de interesse e demandas sociais, o mesmo autor (Ribeiro, 1997a) identifica também um padrão de funcionamento desses Conselhos de “vocalização política”, onde, ao invés de pactuação, estabelecem-se refluxos que instabilizam a “gestão compartilhada e consensual da política pública” (p. 87). Para Campos (1988), na análise da interferência dos profissionais médicos na definição das políticas de saúde observa-se uma influência centrada nos interesses corporativos. Ora defensores de interesses corporativos, ora pedagogos da saúde, desde uma razão ilustrada; parece não haver um consenso sobre o papel dos profissionais e/ou sobre a metodologia de abordagem da questão; o único consenso que se estabelece é teleológico: há um papel a ser identificado, desde que utilizada uma metodologia adequada, e esse papel implica em uma ação de esclarecimento positiva (ensina o que não deve fazer para não adoecer, esclarece como deve atuar no restabelecimento da sua saúde, sugere o espaço aonde deve ser manifestada sua demanda por determinada modalidade de serviço, conscientiza sobre o modo como se desenvolve o processo saúde-adoecimento-cura/morte na sociedade, prescreve o modo correto/normal de viver na sociedade, etc.).

Desde uma abordagem mais vinculada à perspectiva dos “participantes”, Valla & Stotz (1994) identificam a persistência dos setores populares, particularmente das mães de crianças doentes, no estabelecimento de vínculos com o sistema de saúde; também das associações de moradores, num movimento dinâmico através da rede multifacetada de instituições governamentais e serviços, desde os ‘limites’ da saúde, ora demandando pequenas concessões das agências governamentais (“cidadania da escassez”), ora assumindo para si a “responsabilidade civil” de manutenção das condições limítrofes da vida nas periferias. Para Valla (1994; 1996) há uma dificuldade muito grande, de ordem metodológica, em captar a lógica desses movimentos dos “participantes”, o que faz com que, invariavelmente, sua interpretação da realidade seja taxada de incompleta ou deformada (o autor identifica nessa avaliação o uso de uma equação “capenga”, onde os cientistas/mediadores utilizam apenas uma das partes do conhecimento envolvido, o conhecimento formal, classista e preconceituoso), ou mesmo que lhe faltam iniciativas de ação e que, portanto, precisam ser tutelados.

Analisando a avaliação dos próprios “participantes”, se constatará justamente o amplo intervalo de idéias apontado. Nos Relatórios Finais da 10ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 1996), realizada em 1996, e da 11ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 2001), realizada em 2000, constata-se a concomitância de idéias relacionadas à *medicalização*¹⁷ e à *integralidade com equidade*. Além desses, há um conjunto de

¹⁷ O conceito de *medicalização* foi tomado das formulações de Michel Foucault e aponta a tendência de intervenções técnicas nas questões sociais. Esse conceito, na sua formulação, abrange desde a intervenção autoritária estatal no modo de vida das pessoas, cujo exemplo mais forte é a polícia médica alemã, mas que também inclui a incorporação da tecnologia médica para organizar as cidades (a medicina urbana francesa) e o disciplinamento médico do corpo social (a medicina da força de trabalho inglesa). A atualização do conceito, portanto significa a *tecnificação*, desde a racionalidade médica, das questões da vida cotidiana, inclusive sobre o modo de organizar as ações e os serviços de saúde.

demandas que aponta para o fortalecimento do nível de informação das pessoas, da possibilidade efetiva de participação e liberdade de movimentos que necessitam de melhor análise para fins de classificação. Como formulação preliminar, coloco essas demandas num patamar de análise que necessita de um outro plano de racionalidade para avaliação, a exemplo do que já foi indicado para a tensão cotidiana no espaço dos Conselhos de Saúde. Esse impasse será retomado ao final desse Capítulo. Basta, até esse momento, reconhecer a situação de tensão entre os conceitos utilizados e análises realizadas, bem como a possibilidade de emergência, por meio desses espaços, de configurações de idéias sobre a saúde, sobre a organização do sistema de saúde, sobre o modo de organizar e desenvolver a clínica, sobre o protagonismo da população e sobre as interfaces com práticas e racionalidades médicas que não estão submetidas aos “regimes de verdade” (Foucault, 1989) estabelecidos pela modernidade para a atuação nesse campo¹⁸.

Antes, farei um mapa de idéias de alguns teóricos clássicos sobre os conceitos de público e popular, Estado e sociedade, que auxiliam a pensar as possibilidades de um controle exercido pelas pessoas sobre o poder público e pelo poder público sobre as pessoas (situações igualmente nominadas de controle social em diferentes momentos da história e por campos epistemológicos distintos).

3.3. Controle social e o Estado

Dos dois conceitos de controle social apresentados no item anterior, o mais clássico traduz um “conjunto de meios de intervenção, quer positivos quer negativos, acionados por cada sociedade ou grupo social a fim de induzir os próprios membros a se conformarem às normas que a caracterizam, de impedir e desestimular os comportamentos contrários às mencionadas normas, de restabelecer condições de conformação, também em relação a uma mudança do sistema normativo” (Garelli, 1997: 283). Mecanismos implementados por segmentos da sociedade para a obtenção de padrões de comportamento e a expressão de valores fazem pensar, rapidamente nas reflexões da filosofia política sobre a relação Estado e Sociedade Civil ou Estado e Indivíduo.

Nicolau Maquiavel, que inaugura o pensamento moderno na filosofia política, rompe com a idéia de uma ordem política predeterminada e mítica. Busca identificar, na ação do poder político (o Estado), uma ordem pedagógica para o controle do caos e da desordem, devidos às paixões e instintos “malévolos” dos homens: “O governante [o príncipe] não é, pois, simplesmente o mais forte - já que este tem condições de conquistar mas não de se manter no poder -, mas sobretudo o que demonstra possuir *virtù* [coragem, virilidade], sendo, assim, capaz de manter o domínio adquirido e, se não o amor, pelo menos o respeito dos governados. (...) Um governante virtuoso procurará criar instituições que ‘facilitem’ o domínio” (Sadek, 1997: 22 - 23). A “verdade efetiva” do governo estável está em aplicar os meios necessários e no tempo adequado (meios virtuosos) para a manutenção do Estado. Romper o moralismo piedoso que o cristianismo propagou rendeu ao autor a origem de uma adjetivação pejorativa, pela corruptela do seu nome, presente até hoje no senso comum. De outro lado, onde melhor encontrar formato tão semelhante com a idéia do controle do Estado sobre a sociedade que na *virtù* maquiavélica?

Não será, certamente, em Thomas Hobbes, para quem há um contrato que origina tanto o Estado como a sociedade. É por esse contrato que os homens, que viviam em “estado de natureza” (sem poder e sem organização, iguais entre si e livres; portanto sob constante ameaça de outros homens que, pelo mesmo princípio de direito natural que lhes asseguravam as posses de que necessitavam, resolvessem guerrear pela posse das coisas da natureza) estabelecem regras de convívio social e de subordinação política, delegando a outrem o controle dessas regras. O Estado (Leviatã), controla e reprime a vida em sociedade,

¹⁸ Refiro-me ao monopólio da saúde pela medicina, conforme descrito na análise do surgimento da biomedicina, bem como das articulações da Medicina com o Estado e com a Ciência modernos. A existência de inovações, para além do plano conceitual, foi registrada na análise dos Territórios da Medicina e do Conselho de Saúde, conforme está descrito no Capítulo III. Para os objetivos do mapa, basta que se identifique a criação de possibilidades para a participação da população e de espaços para isso como uma *zona cinzenta*, relativamente ao equilíbrio entre as definições da modernidade para esses campos de saber e de práticas.

mantendo os súditos temerosos de sua ira, mas também esperançosos de uma vida mais estável e confortável (Ribeiro, 1997c). Aqui, não teríamos um pleno controle do Estado sobre os homens, visto que as normas que os governantes implementam foram acordadas e pactuadas entre cada um dos homens. Entretanto, também não se trata de um controle da sociedade sobre o Estado, já que a submissão está posta no próprio contrato.

Embora também representante da teoria dos direitos naturais (jusnaturalista) e adepto do princípio do contrato social como mecanismo de passagem do “estado de natureza” para o estado civil, John Locke constrói desdobramentos diferenciados de Hobbes. Locke propõe um “estado de natureza” caracterizado pela mais perfeita liberdade e igualdade, de relativa paz e harmonia, em que os homens são proprietários de sua pessoa e de seu trabalho, pelo qual transformam a matéria bruta da natureza e estabelecem seu direito de propriedade exclusivo sobre ela. A necessidade do contrato social, segundo o autor, decorre de transtornos nesse estado: “a violação da propriedade (vida, liberdade e bens) que, na falta de lei estabelecida, de juiz imparcial e de força coercitiva para impor a execução das sentenças, coloca os indivíduos singulares em estado de guerra uns contra os outros” (Mello, 1997: 86). Entretanto, ao contrário de Hobbes, em Locke o contrato é um pacto de consentimento: a sociedade civil é formada a partir da livre concordância dos homens e objetiva à preservação e a consolidação dos direitos naturais. Tanto que, no estado civil (sociedade política ou civil), não somente se estabelece, pelo princípio da maioria, um poder executivo; também são estabelecidos um poder federativo (encarregado das relações exteriores) e um poder legislativo, denominado de poder supremo, pois que é superior aos demais. Em Locke começa a surgir a possibilidade de um governo ilegítimo e tirano (quando atenta à propriedade privada) ao qual é legítimo expressar-se a resistência do povo: o governo que viola a propriedade (vida, liberdade e bens) coloca-se em estado de guerra contra a sociedade, dissolvendo o estado civil e retornando ao estado de natureza, no qual os impasses são resolvidos pela força.

Entre os jusnaturalistas, é em Rousseau, entretanto, que teremos uma forma de pensar a política com maior protagonismo: ele proporá “o exercício da soberania pelo povo, como condição primeira para a sua libertação” (Nascimento, 1997: 194). Para esse autor, há uma condição original do homem de liberdade plena, que se perdeu à medida do surgimento da propriedade. Seu desafio, no Contrato Social, é estabelecer condições de um pacto legítimo que assegure aos homens, aprisionados com a perda da liberdade natural, uma condição de liberdade civil. O contrato rousseauiano preconiza, para isso, a alienação total de cada um e dos seus direitos à comunidade toda, formando uma comunidade política. O pressuposto da equação entre liberdade e obediência, de submissão à vontade geral, é que o povo “só será livre quando tiver condições de elaborar suas leis num clima de igualdade, de tal modo que a obediência a essas mesmas leis signifique, na verdade, uma submissão à deliberação de si mesmo e de cada cidadão, como partes do poder soberano” (Nascimento, 1997: 196). Há, portanto, que se pensar em um corpo administrativo dessa comunidade política, que preserve a legitimidade que instaurou o contrato; é preciso que se defina o governo, “o corpo administrativo do estado, como funcionário do soberano [o povo] e não como um corpo autônomo ou então como o próprio poder máximo, confundindo-se nesse caso com o soberano” (Nascimento, 1997: 197). Reconhecendo a tendência do governo em ocupar o lugar do soberano, Rousseau proporá que os governantes sejam trocados com certa frequência.

Também no trânsito pela equação entre liberdade e obediência, outro jusnaturalista, Emmanuel Kant, elaborou sua doutrina. Da mesma forma que para Rousseau, Kant sustenta que obedecer às leis que se criou é ser livre. Mas a racionalidade humana, que confere a prerrogativa da confecção das próprias leis, é, em Kant, um enunciado da moral. A norma moral tem a forma de um imperativo categórico porque conforma ações objetiva e racionalmente necessárias, portanto universais. Aliás, para Kant, “a moralidade da ação consiste precisamente na sua universalidade segundo a razão (que implica a desejabilidade da sua universalização)” (Andrade, 1995: 52). Neste autor, liberdade e moralidade, política e universalidade, são categorias indissociáveis. Daí que seu princípio universal do direito apregoe: “Age externamente de tal maneira que o teu livre arbítrio possa coexistir com a liberdade de cada um segundo uma lei universal” (citado em Andrade, 1995: 55); a garantia a esta premissa caracteriza uma sociedade justa. A autonomia da vontade é o fundamento tanto do direito privado (das leis naturais, existentes desde o estado de natureza) e do direito público

(das leis publicamente promulgadas). Esse último, um direito positivo, regula os negócios e as relações sociais. Um contrato dá condições de racionalidade/moralidade à existência do Estado e da sociedade civil; é, por isso mesmo, um marco do progresso humano (aperfeiçoamento moral, aprendizado da razão). Progresso que se expande pelo debate de opiniões no espaço público, pelo efeito da contraditoriedade dos interesses particulares e dos nacionais, numa “dialética da ilustração” que deve caracterizar o espaço público e a política (doutrina prática do direito, elaboração e aperfeiçoamento constitucional).

Se, para os autores citados até aqui, a função do Estado moderno é a mediação entre o “caos” ou, ao menos, uma desordem natural e a ordem e/ou a moral e a razão, em Hegel teremos uma visão mais demiúrgica do Estado: o Estado político é a “esfera dos interesses públicos e universais, na qual aquelas contradições [inerentes à sociedade civil, a esfera dos interesses privados, econômico-corporativos e antagônicos] estão mediatizadas e superadas. (...) O Estado é a totalidade orgânica de um povo, não um agregado, um mecanismo, um somatório de vontades arbitrárias e inessenciais” (Brandão, 1995: 106 - 107). Como nos diz o próprio Hegel, na Filosofia do direito: “O princípio dos Estados modernos tem esta força e esta profundidade, de permitir que o princípio da subjetividade chegue à extrema autonomia da particularidade pessoal e, ao mesmo tempo, de reconduzi-la à unidade substancial, mantendo, assim, essa unidade em seu próprio princípio” (citado em Brandão, 1995: 109 - 110). A liberdade das pessoas, a liberdade concreta dos homens, fica preservada na medida em que o autor elabora um novo conceito de liberdade. Hegel denuncia as limitações dos conceitos de liberdade em geral formulados até então e propõe considerá-la como “um estado em que o homem pode se realizar como homem e construir um mundo adequado ao seu conceito”, pelo que é necessário “que a liberdade se eleve à consciência da necessidade - vale dizer, dos nexos objetivos e da legalidade própria da natureza e da história, das leis de seu desenvolvimento objetivo -, à compreensão do que a realidade é, porque é o que é, é a Razão” (Brandão, 1995: 111). Essa visão ilustrada e ordenadora se expressa com variações de intensidade entre os diversos autores citados até aqui. Exceto em Rousseau, parece haver um consenso de que há uma ordem pedagógica, que se expressa no acesso a uma razão ilustrada, projetada do Estado sobre as pessoas (e sobre a sociedade civil, quando ela é concebida como tal). Variações, portanto, do argumento que sustenta o controle exercido sobre o indivíduo, expresso perfeitamente na fórmula da *medicalização da saúde* e nos programas de educação para a saúde, educação sanitária e seus equivalentes.

Se até Hegel temos a idéia de um poder estatal regulador e ordenador, um Estado que (como no contexto histórico e social em que seus teóricos estão mergulhados) permite explicar os acontecimentos que se operavam na sociedade, em Marx teremos uma filosofia comprometida com a transformação (mais do que a explicação) da sociedade. O Estado será identificado como um Estado burguês, comprometido com a ‘emancipação política’ da classe que o domina politicamente, a burguesia. O Estado será a superestrutura da sociedade, tramada no jogo de relações entre as pessoas, grupos e classes (portanto não é exterior/superior à sociedade) e ancorado no interesse da classe dominante. Marx interessa-se pelas condições da *emancipação social/geral* do homem, somente possível concretamente, conforme teoriza, a partir da emancipação do proletariado, por meio da revolução. Essa revolução, preconiza o autor, implicaria na substituição da burguesia na direção do Estado, a mudança na finalidade deste (de preservar a propriedade privada e os interesses da burguesia para a de concentrar os instrumentos de produção nas mãos do proletariado, então organizado como a classe dominante) com a extinção do Estado, juntamente com as classes e, portanto, com as diferenças e a dominação de classe, porque, “o modo de ser do proletariado é o de uma classe portadora das virtualidades da sociedade sem classe, isto é, da sociedade comunista” (Weffort, 1995: 234)¹⁹.

Um mapa de idéias para pensar as variações possíveis da participação das pessoas na ação do Estado não poderia excluir as formulações do pensador alemão Jüergem Habermas. Marxista e membro da

¹⁹ Argumentos com essa configuração, provavelmente como tradução de uma formação política derivada da militância sindical e popular de alguns dos seus atores, foram identificados no Território do Conselho de Saúde para justificar a exclusão dos representantes das entidades governamentais da Presidência dessas instâncias de participação da população na formulação e no controle das políticas de saúde desenvolvidas pelo poder público.

Escola de Frankfurt, o autor da teoria da ação comunicativa também buscou, no trabalho teórico, elementos comprometidos com a transformação do contexto social de sua época. Para isso, o autor propõe novas modalidades de articulação²⁰ entre as pessoas no espaço social; uma nova forma de articulação da sociedade civil que se organiza a partir da ação social na qual a atuação dos diferentes agentes é coordenada por meio de ações de fala, nas quais os sujeitos pretendem inteligibilidade para o que dizem; reconhecimento como verdade para o conteúdo do que dizem - ou para os pressupostos de existência do que dizem quando essas ações de fala não são assertivas; retidão para suas ações de fala em relação ao contexto normativo vigente e, de forma indireta, para esse contexto normativo; e veracidade para seus atos de fala como expressões do que pensam (Redondo, 1991). Estabelecer-se-ia, assim, desde uma razão comunicativa, um consenso na esfera pública que, partindo dos impulsos comunicativos legítimos gerados no mundo da vida (relações interpessoais, vida cotidiana), seriam transpostos aos colegiados institucionais, modelando o processo de formação da vontade política (Costa, 1997).

Essa idéia habermasiana do poder comunicativo está bastante próxima à representação mais comum dos Conselhos de Saúde: espaços onde se consensuam políticas e projetos na área da saúde. Entretanto, como se registrou na parte inicial desse ensaio, há uma confrontação muito forte com essa idéia nos estudos acadêmicos e mesmo na própria opinião pública (dos usuários dos serviços de saúde, dos participantes desses Conselhos).

A professora Soraya Côrtes (1995, 1996) sistematizou um amplo espectro dessas formulações na literatura especializada acerca dos processos participatórios criados em instâncias governamentais e em agências de desenvolvimento. Partindo não somente das idéias de teóricos, como foi empreendido até aqui, mas das teorias do Estado formuladas pelas escolas mais fortes no pensamento político e sociológico, que tratam dessa questão. Além de constatar a ocorrência, praticamente coincidente com esse tema, das questões de administração descentralizada e de participação política, a autora observa uma ampla variação de justificativas teóricas e perspectivas para a participação, seja através dos conceitos de participante, seja na descrição das modalidades dessa participação. Em que pese a ligação estreita desses conceitos com determinadas teorias de Estado, há uma grande variação, nos diversos modelos de análise, entre a natureza do conceito de participação (que vai da busca de envolver a comunidade na execução de programas governamentais até a participação na elaboração e controle das políticas estatais daqueles que não pertencem à classe social dominante) e das modalidades dessa participação (da manipulação/não-participação até o fortalecimento político daqueles até então excluídos do sistema).

Essa diversidade, ao contrário de uma situação negativa para a pesquisa cartográfica, mostrou-se potencializadora da emergência de idéias que produzem tensões com os padrões de existência instituídos, tanto no funcionamento do Estado, como na configuração de conhecimentos e práticas na área da saúde. Mas não é uma análise aprofundada do funcionamento do Estado e suas articulações com a sociedade civil/comunidade/indivíduos o que se faz nessa Tese. A descrição feita até aqui tem apenas a pretensão de mostrar que a existência de uma “esfera pública híbrida” (Santos, 2002), com prerrogativa legal de discutir, deliberar e acompanhar as políticas de saúde representa uma situação inédita em relação aos conceitos revisados. Sendo assim, representa uma possibilidade fértil para a emergência de idéias e práticas inovadoras, de acordo com o que propõe Boaventura Santos (1997; 2002), e essa foi a expectativa com que o Território do Conselho foi explorado. Mas, nessa perspectiva, essa não foi a única vertente de inovação ao sistema de saúde criada pela Constituição Brasileira de 1988. Outros conceitos permitem a proposição de arranjos para as ações e serviços de saúde que tensionam as práticas de cuidado (a clínica) instituídas e legitimadas como “científicas” pela racionalidade biomédica. Entre outros que foram citados superficialmente no decorrer do texto, serão analisados dois, que na realidade estão sendo propostos como uma expressão composta: *integralidade com equidade*.

²⁰ Habermas estará se contrapondo à concepção teórica “pluralista” da esfera pública, segundo a qual o espaço público seria uma espécie de “mercado de opiniões” que precisam ser disputadas através de ações prático-estratégicas para formar a opinião pública e obter assimilação pelo sistema político.

3.4. Integralidade com equidade, tensões e ruptura de paradigmas

Além de definir os princípios orientadores do modo como devem ser organizadas as ações e os serviços de saúde que compõem o SUS, onde a *integralidade* tem status de diretriz, a atual Constituição Brasileira marca uma expectativa diferenciada da forma com que foi sendo concebida e desenvolvida a atenção à saúde na modernidade, fortemente marcada pela racionalidade da medicina ocidental moderna (“biomedicina”). No registro constitucional e da legislação complementar, a *integralidade da atenção* propõe a integração de campos e espaços de atuação dicotomizados (promoção da saúde / prevenção de doenças X tratamento, cura e reabilitação), de dimensões humanas fragmentadas (biológica X psíquica X espiritual X cultural X social) e de ações e serviços desintegrados por questões físicas (diferentes serviços complementares com localizações geográficas distintas), técnicas (especialização fragmentada do conhecimento) e políticas (vínculo estatal com esferas de governo diferentes, algumas vezes em disputa, e vínculo privado, com entidades filantrópicas ou com fins lucrativos, além de ações vinculadas parcialmente a órgãos de outras áreas de atuação governamental). A *integralidade* diz da necessidade de que essas dimensões estejam integradas para oferecer acesso à atenção necessária em cada situação específica. Cria, portanto, a expectativa de aproximação (formação de uma rede única, conforme determina a Constituição) entre as diversas ações e serviços, inclusive de outras áreas de atuação e de configuração interdisciplinar, o que tensiona as características até aqui descritas como desdobramentos da “medicina científica”, já que coloca o sujeito usuário dos serviços, em toda a sua “inteireza” e com a complexidade de suas necessidades, como o “centro” da atenção à saúde em lugar da técnica e do conhecimento científico. Assim, no que se refere à atenção à saúde, a *integralidade* poderia ser considerada “uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem as integralidades no ato da atenção individual – e o plano sistêmico – onde se garantem as integralidades das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados” (Pinheiro, 2001: 65).

A *equidade*, tal qual definida pelo arcabouço legal do SUS²¹, põe em tensão outros aspectos do modo tradicional de organizar as ações e os serviços de saúde, responsáveis por grande parte das desigualdades no acesso da população que ainda se verifica nos dias atuais. Tal como foi caracterizada no processo de reordenamento institucional da saúde, a *equidade* é o registro de que todos devem ter reconhecido um direito igual de acesso e do atendimento de acordo com suas necessidades. Essa disposição não diz da igualização de todos (como o faz a racionalidade vigente, que, levando extremado a idéia de igualização, transforma a todos numa única identidade: o “paciente”), mas de que, nas suas particularidades, cada um tem o igual direito de acesso e a igual promessa legal de resolutividade: “o SUS deve tratar desigualmente os desiguais” e na medida dessas desigualdades (Almeida e Cols., 2001: 35).

Para alguns autores, a combinação desses dois conceitos, a integralidade com equidade, “implica, necessariamente, repensarmos aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde” (Cecílio, 2001: 113). Ou seja, envolve aspectos que vão desde a “macro” política de saúde (inclusive com os aspectos que dizem respeito a outras áreas de conhecimento e de atuação institucional) até uma dimensão “micro”, relativa aos modos de “levar a vida” de cada um e aos aspectos relacionados ao encontro de cada pessoa que demanda cuidados com cada profissional de saúde, incluindo as transversalidades que são produzidas entre esses dois pólos. Segundo Cecílio (2001), “pesar a *equidade* e a *integralidade* nos obriga a enxergar como o ‘micro’ está no ‘macro’ e o ‘macro’ no ‘micro’” (p. 113). Esse exercício precisa ter implicações nas práticas concretas de atenção à saúde, onde devem ser incorporados novos dispositivos, como a capacidade de *escuta* dos trabalhadores/equipes/

²¹ Embora sem registro textual na legislação, o conceito da *equidade* nas disposições legais tem sido formulado pela combinação transversal do registro constitucional de que a saúde é um direito de todos (Constituição Federal, Art. 196) e dos registros na Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8080/90 e nº 8142/90) de alguns princípios do SUS, como a igualdade na atenção, sem preconceitos ou privilégios, a preservação da autonomia das pessoas, a universalidade e a facilidade no acesso (Lei Federal nº 8080/90, Art. 7º).

serviços/rede de serviços às pessoas que buscam as suas ações. Essa *escuta*, mais do que a percepção da fala dos sujeitos que buscam o cuidado, deveria tomar as necessidades desses sujeitos e transformá-las no centro das intervenções e práticas em saúde. Para Cecílio (2001), essa transformação implicaria reconhecer que, em decorrência de uma combinação de dimensões sociais, históricas e individuais que configuram as necessidades de saúde, “elas só podem ser captadas e trabalhadas em sua dimensão individual” (p. 114), além de adotar uma nova taxonomia para a expressão.

Essa nova taxonomia, que se desprende da avaliação puramente “técnica” das necessidades, tal como a configurou a medicina moderna, teria, segundo Cecílio (2001), quatro planos de composição. Um primeiro deveria considerar que “a maneira como se vive se ‘traduz’ em diferentes necessidades de saúde” (p. 114). O segundo plano, que implica numa reconceitualização que tem impactos importantes sobre as atuais ferramentas de planejamento da rede de serviços de saúde²², trataria de considerar que “a ‘hierarquia’ de importância do consumo das tecnologias, não a estabelecemos somente nós, técnicos, mas também as pessoas, com suas necessidades reais” (p. 115). Um terceiro plano diz respeito à necessidade de um vínculo afetivo/efetivo de cada usuário com aqueles que tratam da sua saúde, ou seja, da criação de uma relação de confiança, “contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades” (p. 115). Além disso, segundo Cecílio (2001), também é preciso que, para completar a taxonomia a partir da qual as necessidades de saúde deveriam ser apreendidas para reconfigurar a atenção à saúde na perspectiva da integralidade com equidade, cada pessoa tenha padrões crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida: “a autonomia implicaria a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida e esta ressignificação teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades, de forma mais ampla possível” (p. 115). Além desses planos, é preciso garantir sensibilidade para o registro de outros planos que possam ter vigência, já que a configuração de outro plano fixo para substituir aquele que derivou da racionalidade médica moderna poderia “abortar alguns dos sentidos (...) e, com eles, silenciar algumas das indignações de atores sociais que conosco lutam por uma sociedade mais justa” (Mattos, 2001: 42).

Desde as considerações apresentadas até aqui, acredito que seja possível aceitar a existência de, ao menos, dois campos distintos para propor entendimentos sobre a atenção à saúde e a organização dos serviços, bem como da possibilidade de representá-los pelas caracterizações de *medicalização* e *integralidade com equidade*. Esses dois campos apresentam grandes diferenças relativamente ao protagonismo das pessoas que utilizam as práticas e os saberes disponibilizados nos serviços de saúde, bem como à configuração desses saberes e dessas práticas.

Da mesma forma, acredito que seja possível associar a perspectiva da *medicalização* ao modo ilustrado/esclarecido como a ciência é apresentada pela modernidade. Perspectiva desde a qual um grande número dos estudos sobre os Conselhos de Saúde (também sobre a atenção à saúde, de forma mais geral) tem partido e que explica as conclusões, idealistas ou pessimistas, sobre o prognóstico da ação desses fóruns: o controle sobre o Estado ou o controle por parte do Estado.

Para o entendimento dessa razão ilustrada, que se aplica principalmente desde a perspectiva medicalizadora no estudo dos Conselhos, acredito que são de grande importância os conceitos mais clássicos formulados sobre as dicotomias público X privado, estatal X popular, sociedade civil X Estado. Esses conceitos, contextualizados na sua origem, têm uma simultaneidade bastante sugestiva na atualidade. Na tentativa de compor metodologias que permitam recursos teóricos coerentes/universais para a leitura da participação da população no sistema de saúde, normalmente têm sido identificadas, das caleidoscópicas composições existentes, algumas categorias com as quais a realidade é *espremida* e *fixada* para operar as abstrações “científicas”, com configuração similar ao processo desenvolvido desde a *experiência clínica* para propor intervenções. E a cada fuga/movimento dos fenômenos observados, novos arranjos teóricos atribuem-se o desafio de, novamente, predizer a essência do que pode ser produzido em cada conjuntura.

²² Trata-se do conceito de “hierarquização” que, normalmente, tem sido representado de forma a que o eixo de ordenamento dos serviços seja feito pelo nível de complexidade tecnológica absorvido, onde os procedimentos mais simples configuram a “base” do sistema e aqueles com maior sofisticação tecnológica o “topo”.

É desse modo que considero adequado entender os divergentes desdobramentos que propõe a maioria dos estudos sobre a participação da população nos serviços de saúde: porque ancorados em princípios antropológicos, metodológicos e teleológicos fixos e apriorísticos e em idéias predefinidas, não conseguem dar conta da complexidade e da flexibilidade dos contextos em que se aplicam. Falta às teorias a transversalidade da prática (Deleuze & Foucault). Também ao pragmatismo das práticas nos Conselhos, poder-se-ia afirmar, falta a transversalidade (“a textura”, nos diria Foucault) das teorias.

Menos preocupada com o que há de essencial em cada fenômeno e o que há de identitário em cada movimento, a perspectiva da *integralidade com equidade* tem estado associada a alguns estudos mais recentes e, inclusive, está anunciada no atual modelo constitucional de organização dos serviços de saúde, que também instituiu, como já foi dito, os Conselhos de Saúde. Mais do que um campo definido, essa é uma perspectiva aberta, sensível às oscilações da realidade concreta e aos avanços no modo de compreender a saúde, o adoecimento, a vida e a morte das pessoas e de propor mudanças no modo de organizar as práticas de cuidado à saúde, portanto a clínica médica, e de combinar as diversas práticas oferecidas em cada serviço para responder, resolutivamente, às demandas concretas que os usuários produzem.

Diferente da *medicalização*, proposta como ação de normalização da vida, na perspectiva da *integralidade com equidade* a própria vida é o critério da saúde (Ceccim, 1988). No que se refere aos conhecimentos e práticas de atenção à saúde, propus, em outro ensaio (Ferla, 1987), um conceito de clínica nômade para operacionalizar essa perspectiva. Um dos desafios que me formulo atualmente, e que explicitarei naquele momento, é pensar, justamente, a participação do outro na ação em saúde que é identificado como “paciente” (receptor passivo das ações configuradas desde a racionalidade biomédica) na perspectiva da *medicalização*. Afirmava, então, que é preciso um rigor ético-estético-político transversalizando as práticas em saúde. Ou seja, ao invés da ação positiva de disciplinarização, organizada a partir de uma normalidade identitária e tecnicada, propunha uma sensibilidade suficiente para produzir estranhamento no contato com outros modos de existência que não aqueles próprios de cada um e engendrados pelo processo geral de subjetivação social (o rigor ético); uma disponibilidade suficiente para constranger/transformar as próprias marcas nesse contato com o outro (o rigor estético); e um compromisso de luta contra tudo o que homogeneiza, serializa e disciplina as existências (o rigor político). Propunha, em síntese, uma arquitetura móvel para a clínica, suficiente para estruturar uma ação técnica impregnada pelo *compromisso com a vida*, ao invés dela como ainda vige atualmente (impregnada por normas, prescrições e valores socialmente predominantes).

Esse movimento, além do exercício teórico, carrega consigo a expectativa do pensar/construir outro campo de práticas para o exercício profissional que permita a existência plena e inteira dos atores (profissional e usuário, um transversalizado no outro). Um campo onde teoria e prática se transversalizam mutuamente. É um campo que continuamente produz novos patamares éticos para atravessar o cenário da vida cotidiana, de forma tal que a vida se restabeleça sempre como o valor maior. Como se depreende dessa descrição, para além de outras configurações para a clínica (a clínica nômade), também se pretendeu definir uma pedagogia emergente, ancorada em novos contornos antropológicos, metodológicos e teleológicos (a pedagogia médica mestiça).

Trata-se, nesse momento, de analisar como essa expectativa encontrou as idéias que circularam nos Territórios que foram tomados como campos para a pesquisa acadêmica. É a descrição e a análise desses achados que compõem o próximo Capítulo.

CAPÍTULO III

A CARTA

Ao longo do tempo tenho aprendido a reconhecer a beleza das linhas de rota e da rosa-dos-ventos. Elas fazem as delícias dos navegadores, pois são as linhas que todo marinheiro percorre em busca dos vários pontos da bússola. (...) As linhas de rota são o elo mais seguro que [o marinheiro] tem com seu passado e sua identidade. Elas o mantêm em contato com o que ele conhece, com o mundo que lhe é familiar. (...) O que está além dos limites do mundo às vezes nos atrai como um canto de sereia. (...) Os limites fortemente delimitados dos mapas que tenho observado, ao longo dos anos, são indicadores dessa atitude [também] por parte dos navegadores. Eles são completamente seduzidos pela perspectiva de continuar em determinada direção até alcançar o ponto mais distante. Querem descobrir se esse último objetivo corresponde às suas idéias de como o mundo realmente é. (...) Meu papel como cartógrafo é equivalente ao descobrimento do mundo. (...) Estou a procura de novas idéias e visões. Não quero afirmar o que já sei. Cada mapa que desenho é feito tanto com as informações que recebi de visitantes à minha cela, quanto com as minhas próprias idéias, inspiradas por seus conhecimentos e, freqüentemente, por seus comentários preciosos e fantásticos. (...) Juntos, cartógrafo e aventureiro discutem sobre distâncias e rotas sabendo, silenciosamente, que nada mais são do que diversão, pois o que estamos tentando é dar sentido a conhecimentos disparatados. Meditações de Fra Mauro (Cowan, 1999: 25-9).

1. INTRODUÇÃO

Busquei, nas reflexões acadêmicas no campo da educação, ferramentas para fortalecer meu olhar sobre o campo profissional. Um outro olhar (mais sensível) para a clínica em saúde, outras possibilidades epistemológicas, políticas e sociais na pesquisa acadêmica, na luta política e na formação. Um olhar com competência fisiológica para o visível dos sinais e sintomas, mas também capaz de produzir visibilidade às condições subjetivas e experienciais da vida das pessoas. As possibilidades de qualificação contínua e de ajustamento do trabalho profissional às forças que desenham mais justiça, mais liberdade e uma democracia mais densa¹, impregnada de cidadania e solidariedade, são emergências da ação educativa dos profissionais, dos gestores e dos conselheiros de saúde.

Um olhar que permita compor o que venho denominando de *clínica nômade*, isto é, uma clínica que possa abrir mão das *representações* estanques que lhe produzem a identidade para comprometer-se com a qualidade e com a intensidade de vida para as pessoas sob atendimento em saúde, reconfigurando-se constantemente. Histórica e socialmente constituída, a clínica foi aprisionada pela Modernidade no paradigma biomédico. Ao invés dessa identidade, busco outras vigências, outros modos de relação mais fortes com o “andar a vida”, enfim, busco uma clínica capaz de *escutar à vida* (Ceccim, 1997) e de produzir atenção à saúde configurada a partir de dimensões *ético-estético-políticas* (Rolnik, 1993) e não identitárias ou baseadas em evidências fisio-patológicas impessoais, atemporais e ahistóricas.

Acredito que a educação seja capaz de estimular uma clínica com capacidade de subordinar as potencialidades do conhecimento médico-científico ao compromisso de afirmação da vida e à ousadia de deixar-se desterritorializar e reconstruir no contato com a produção da vida, mais do que se afirma e se fortifica na territorialização pela doença, pelo domínio técnico e discursivo sobre a morte (biológica) e pela sistemática demarcação corporativa com outras práticas, outros conhecimentos e outras racionalidades.

Uma clínica capaz de produzir outros padrões de saúde para as pessoas: *vontade de vida, potência de vida, vontade de saúde, vida que vinga, mais-vida* (Nietzsche, 1996)². É na Educação em Saúde ou na Saúde Coletiva, onde a Educação Popular em Saúde ocupa espaço de produção intelectual, que captamos a vigência de um conceito ampliado de saúde. Saúde não é *exatamente* o oposto e a sedação da doença: “não podemos prescindir da doença”, nos diz Nietzsche (2002), entretanto, podemos dar “um tremendo choque na vida através [das] grandes doenças” (p. 132). É falaciosa a idéia de uma sociedade ou um momento histórico sem doenças, como também é falsa a idéia de uma doença definida em oposição à saúde e, por isso, é preciso dotar a clínica em saúde de outras capacidades. Utilizando novamente a contribuição de Nietzsche (2002) é preciso desenvolver as capacidades de suscitar possibilidades múltiplas de vida (“a vida não é a adaptação de condições internas a externas, mas vontade de poder que, desde dentro, submete a si e incorpora

¹ É necessário adjetivar a democracia já que, como demonstrou Boaventura Santos (2002), essa não é a democracia liberal globalizada e com pretensão universalista, mas uma “democracia como princípio sem fim” (p. 75), com expressão de *demodiversidade* (“coexistência pacífica ou conflituosa de diferentes modelos de práticas democráticas”, p. 71), com padrões de permeabilidade à participação protagônica dos cidadãos nas escalas global e local (“complementaridades densas entre democracia participativa e democracia representativa”, p. 71) e pragmática (fomentadora e permeável a “práticas que ocorrem em contextos específicos para dar resposta a problemas concretos”, inclusive para além do real existente, p. 71) nas dimensões individuais e coletivas.

² Segundo os tradutores, Paulo Cesar Souza e Vivien Lando, *vida que vinga* é a tradução que melhor se adequa à *vontade de vida*, expressão alemã original usada por Nietzsche *die wohlgeratenheit* (vida + bem + dar certo, crescer + sufixo adjetivador). Para Nietzsche (1996), antes da ausência da doença ou do resultado dos cuidados médicos, ser saudável é a capacidade de mobilizar energias para o mais-viver.

cada vez mais o *externo*"; p. 197), de fomentar desejos e paixões para assumirem o controle da vida (as "paixões dominantes" trazem consigo "até mesmo a forma suprema da saúde" em que o corpo todo se põe à serviço de uma só meta; p. 132) e de mobilizar a *vontade de poder* no processo orgânico que ativa suas *forças constitutivas* (processo possível quando se reconhece uma maior complexidade na vida, "com o desaparecimento dos órgãos intermediários" do corpo; p. 198)³.

Para Nietzsche, a condição ativa (oposta ao desígnio etimológico do outro do médico, o *paciente*) é tão definitiva para definir a saúde, que formulou a adjetivação de *tipicamente mórbido* (Nietzsche, 1986: 47) para aquele que passivamente *deixa-se cuidar, socorrer, servir* (o cenário epistemológico da atenção médica moderna). Reforçando como *condição mórbida* o submeter-se/estar submetido aos cuidados e à tecnologia médica, Nietzsche criou o verbo *medicar* (*beärzeln*) para referir-se ao (mal)tratar pelo médico. Diferentemente, um ser *tipicamente são*, mesmo na enfermidade (e no contexto da atenção profissional que potencialize a saúde, por suposto), *redescobre a vida em si*. Nessa condição, "o estar enfermo pode ser até um energético *estimulante* ao viver, ao mais-viver" (idem). Importante perceber que *tipicamente mórbido* ou *tipicamente são* não representam condições estáticas em si, estados definitivos, modos rígidos de ser/estar, mas um espectro de possibilidades concomitantes, desafios às tecnologias assistenciais ou do cuidado que podem ser mobilizadas/estimuladas. Esse é um aspecto que me parece ser necessário no exercício de pensar uma educação para uma nova clínica. A sustentação desse exercício parece-me implicar numa postura epistemológica e pragmática bastante diversa, comparativamente ao que foi constituído como hegemônico no atual modelo vigente.

Além de não ter como única reação frente à doença a tentativa de apagá-la e de sedar a capacidade de reação do doente, também é preciso reorientar/inverter a *ação pedagógica* da clínica. Um desdobramento do conceito nietzscheano de saúde vem sendo utilizado por Ceccim (1997) para configurar um novo conceito de educação e saúde que permite desreificá-la, de uma transmissão técnica e vertical de conhecimentos para uma transversalização dos conhecimentos; trata-se de *fazer funcionar* os saberes daqueles com os quais se trabalha afirmando a vida: essa é a competência educativa necessária aos profissionais, principalmente aqueles que atuam nessa área. É preciso fomentar a expressão de *devires* e intensidades afetivas de afirmação da vida para *vingar* mais saúde.

Há, portanto, uma capacidade necessária ao exercício da clínica em saúde: acompanhar processos de reestabelecimento como abertura ("tomada de consciência") das possibilidades múltiplas de existência individual e coletiva, das múltiplas possibilidades de andar a vida, para além da imposição dos códigos da moral vigente sobre a cura e a saúde em cada momento. A ação pedagógica da clínica deve, portanto, além do desenvolvimento da capacidade e da percepção da necessidade de recriar-se constantemente (um compromisso estético), inverter sua prática disciplinadora para desenvolver maior autonomia⁴. Essa capacidade desdobra-se em dois componentes. O primeiro deles é relativo à capacidade de fortalecer diretamente as forças, os *devires*

³ Para Nietzsche (2002) a vida deve ser vivida com a intensidade da arte trágica (apolínea e dionisiaca), não como drama (resignação): a dinâmica elaboração da "comovida fixação diante de um mundo inventado e sonhado" (apolíneo) e do "devir entendido de um modo ativo, em empatia subjetiva, como volúpia raivosa de quem cria e faz, mas conhecendo, ao mesmo tempo, o rancor destrutivo" (dionisiaco) (p. 143-4). Essa *vida de intensidade* que gera *eterna* reconstrução e reinvenção de si, mostra a radicalidade com que a experiência da doença pode ser vivida. Há uma transposição equivocada quando a ação "de saúde" resume-se à sedação da doença, pois o equilíbrio estável, a resignação, a inatividade, a passividade não são estados saudáveis de vida; o que hoje "é chamado de saudável representa um estágio mais baixo daquilo que em condições favoráveis seria saudável (...) somos relativamente doentes" (p. 191) e, ao contrário, há os "sinais de vida plena e florescente os quais hoje estamos acostumados a considerar como *doentios*" (p. 190).

⁴ Para Nietzsche (2002), a moral da sociedade em um determinado momento da história se atualiza como "fascínio da moral" - que atenua "todas as forças e pulsões mediante as quais há vida e crescimento", ou seja, "moral como instinto de negação da vida" (p. 112) - e como "sentimento moral" ("o nosso sentimento moral é uma síntese, uma ressonância conjunta de todos os sentimentos de dominação e submissão que imperam"). Por trás desse sentimento "se trava a luta de nossos instintos e estados, a luta em torno do poder" (p. 107), do poder de ter expressão e vigência. Por isso, "a moral é o maior perigo do homem" (p. 111), porque ela "tem por fundamento a vantagem do rebanho" (p. 109), de subordinação, subserviência, de doutrinação dos afetos, de domesticação do ser humano e, portanto, de estagnação e negação da vida. Há, por outro lado, uma "grande política", onde práticas sociais e econômicas não subjugam a vontade de poder (a afirmação da vida), que pode ter expressão: "O sim oculto em vós é mais forte do que todos os não e talvez, nos quais vós estais doentes e viciados juntamente com a vossa época; e se vós tendes de vos fazer ao mar, vós emigrantes, então isso vos obriga a uma crença nesse sentido..." (p. 110). Deste ponto de vista, a clínica precisa ter a capacidade de vitalizar a emergência dessas forças e, portanto, *desaprender* as técnicas de domesticação e disciplinamento que a constituem desde a modernidade, gerando vontade de vida nos sujeitos envolvidos com seu exercício.

e as *vontades* que são próprios do humano (um compromisso ético com a expressão dessas alteridades). O segundo componente é o da denúncia, do apontamento dos rituais e mecanismos sociais que docilizam, disciplinam, serializam e constituem o *homem moral*. O conhecimento sobre a saúde já demonstrou os efeitos insalubres que a organização do trabalho e os ritmos de trabalho têm sobre o corpo e sobre a vida das pessoas; também já foi demonstrada a ineficácia terapêutica de determinadas práticas de produzir saúde individual ou coletiva, como a de exclusão/segregação dos doentes mentais em hospícios. Cabe então, um compromisso político com a clínica. Mesmo exercida no espaço privado entre um profissional e um usuário das suas ações, implica em autorizar, incentivar, viabilizar a autonomia e não passividade. Implica em romper a relação de associação íntima entre a “ciência normal” (Kuhn, 2001) e a produção do “homem moral” (Nietzsche, 2002).

Meu desejo constante é precisamente esse: pensar outra possibilidade de exercício da clínica médica que não exclusivamente aquela talhada pela modernidade, ou seja, uma ordenadora e disciplinarizadora aplicação de conhecimentos científicos (conforme produzidos pela ciência moderna, principalmente pela biomedicina) sobre as pessoas que dela necessitam (de criar essa necessidade, quando não existir); uma relação de submetimento; de controle da vida. Tampouco interessa a negação de todo o desenvolvimento tecnológico que a medicina moderna produziu, mesmo na sua vertente biomédica, potencialmente qualificador das possibilidades e da expectativa da vida humana. Não se trata de fixar a clínica médica nos aspectos marginalizados pela modernidade. A *vivência trágica* da doença, permitindo a reinvenção dos modos de *andar a vida* e de interagir em sociedade, não implica em resignar-se *dramaticamente* frente à dor física, ao dano biológico e, menos ainda, à morte prematura. É preciso buscar padrões móveis (território ampliado), outra forma de produção de conhecimentos (não alicerçada na doença) e uma reconfiguração para essa clínica (forças de vida e não sobrevivência e morte). Uma recriação permanente (nômade), suficiente para que incorpore padrões crescentes de compromisso com a vida, múltipla e sempre renovada, tal como ela pode ser.

Uma clínica inovadora no sentido que dá Boaventura Santos (1997) à inovação: produção de tensões, rupturas e transição do paradigma biomédico vigente – que já se mostrou insuficiente e, em muitos aspectos, inadequado –, com reconfiguração de saberes e poderes e engendramento de novas subjetividades. Igualmente de novos modos de viver em sociedade, capacidade imbricada no conceito de saúde registrado constitucionalmente. Esse e outros documentos que criam o atual formato jurídico do sistema nacional de saúde colocam um campo de ação e percepção do setor muito mais aberto à experiência e à participação da sociedade do que fixado em discursos teóricos, científicos ou programáticos. No meu entendimento do processo de reformas do setor saúde desde as últimas três décadas do século passado⁵ e na leitura que faço das demandas criadas pela configuração atual do sistema nacional de saúde, as mudanças na clínica em saúde são fortemente demandadas e apontam a direção de mudanças que venho perscrutando. Essa mudança na clínica também é demandada por diversos setores da sociedade nos espaços híbridos de participação e protagonismo criados no interior do sistema de saúde atual⁶.

⁵ Refiro-me ao processo orientado desde os princípios éticos e teóricos do que se convencionou chamar de Reforma Sanitária. Outro processo de reforma, que vem sendo denominado de contra-reforma, patrocinado inclusive por organismos internacionais, busca dar expressão hegemônica em nosso meio a uma reforma que, no contexto de um Estado Mínimo, reduza direitos sociais e os subordine ao “progresso” econômico. Esse movimento se dá por meio de pactos internacionais cuja expressão mais visível na América Latina é um conjunto de princípios sistematizados no documento conhecido como *Consenso de Washigton* (Koifmann, 2002) e que, na realidade é uma estratégia da globalização neoliberal, com reflexos em diversos países em desenvolvimento (Santos, 2002).

⁶ Desde a 10ª Conferência Nacional de Saúde, em 1996, tive a oportunidade de participar dos principais fóruns do controle social em saúde em uma posição privilegiada de observador-participante: freqüentemente compondo o grupo de relatoria para a sistematização das discussões. Esse lugar privilegiado fez com que tivesse possibilidade de *encarnar* (incorporar como *marcas*; por vezes como *cicatrizes*) um conjunto amplo de argumentos pela dilatação da compreensão de saúde. Das posições acaloradas/apaixonadas da discussão coletiva ao momento seguinte de ordenar essas posições em sistematizações, faz-se necessária a escuta familiarizada com a diversidade e a genealogia das representações. Feito no decorrer do evento e submetido aos participantes, o trabalho da relatoria também tem a incumbência de fazer as sínteses capazes de traduzir os consensos dos grupos envolvidos em sua produção. Por outro lado, as funções que desempenhei nos mais diversos lugares da gestão em saúde e no assessoramento de entidades do movimento popular, foram ampliando minha coleção de dados, perspectivas, falas, silenciamentos, proposições, críticas etc. sobre o exercício atual da clínica. Também foram mostrando alguns campos de possibilidades outras. Minhas *viagens* anteriores e, portanto, minha condição de participante, inclusive pelo território das idéias, fluxos e rituais acadêmicos da medicina, é o contexto de onde extraio os subsídios para essas afirmações.

Entretanto, para fazer a incursão acadêmica por esse tema, foi necessário forjar uma tecnologia de pesquisa e sistematização de conhecimentos que acoplasse possibilidades de escuta concreta à *vontade de vida* e o desejo de descobrir e inventar novas possibilidades para o exercício da clínica médica, bem como prescrutar possibilidades para a educação de profissionais, gestores e conselheiros de saúde e de uma pedagogia da clínica que pudesse lhes dar a conseqüência pleiteada. Para tanto, a *construção*, no seu sentido usual, de agregar conforme uma nota prévia, não ofereceu o necessário campo de possibilidades. A “carta do campo”, tal qual as cartas náuticas, feitas a partir de referenciais móveis, de superfícies *sempre outras*, com o limite das ferramentas da ciência, o teto das capacidades artesanais e toda a possibilidade de criação, foi o recurso metodológico escolhido: entrecruzar a rigidez das *linhas de rota* (o conhecimento biomédico, as idéias oficiais, o *norteamento* da clínica hegemônica e algumas metodologias prévias) e a sedução do *canto da sereia* (saberes *outros*, idéias inovadoras, *zonas de fronteira*, *suleamentos*, associações e outros recursos que não foram aprisionados nas *linhas de rota*). Sem, contudo, alimentar a pretensão de aprisionar todas as possibilidades em uma nova *linha de rota*, mais econômica, mais científica, mais legítima, mais factível e tantos outros adjetivos que, do centro do paradigma sociocultural moderno, dicotomizam o território da verdade e da ciência do território da mentira e da fronteira. Cartografar um campo com possibilidades, buscar-lhe configurações nas *dobras* das práticas e dos discursos oficiais e engendrar pontos de contato com idéias populares, associando-as a *marcas* e *cicatrizes* próprias e, principalmente, ao desejo de *experimentar* a clínica em saúde no sentido que motivou a busca pela formação acadêmica em medicina: esse foi o ponto de partida e a bússola que alimentou e orientou o trabalho realizado.

Assim, a cartografia que compõe essa tese é *tecida* pelo entrecruzamento contínuo e dinâmico de duas cartas: uma carta do meu processo teórico-afetivo e pragmático – a carta da viagem de aquisição de ferramentas para rastrear/explorar idéias inovadoras para a clínica médica, para incorporar tons e consistência à minha inserção na pesquisa e para identificar os contornos descritos como mapas (territórios) da medicina e de outras práticas em saúde, da ciência moderna, da organização do sistema e dos serviços de saúde e das concepções de público e popular que os permeiam – e uma segunda carta, que perscrutou dois territórios – a medicina oficial e um conselho de saúde, instância de participação da população no sistema nacional de saúde. Esta carta é a busca de idéias inovadoras para a emergência da *clínica nômade* e da *pedagogia médica mestiça*. Em comum entre as duas o “cruzamento” Educação e Saúde: formação, organização da atenção e controle popular em saúde.

A minha carta de busca das ferramentas registrou (até o último momento, o momento de encerrar a produção escrita) a atualização de *marcas* e *cicatrizes*, *escavou* nelas suas condições de existência e as interfaces transversais com idéias mais recentes, com novos contatos e experiências, com práticas atuais no planejamento e gestão estadual de saúde e com os autores incorporados para a composição da segunda carta, aquela da sistematização acadêmica.

A análise preparatória dos mapas *funcionou* como uma arqueologia dos territórios, *escavou* nos limites estabelecidos. A constituição da ciência e da medicina modernas, inclusive da formação de médicos, a atual configuração do sistema público de saúde e as concepções de estado, de esfera pública, de oficial e de popular foram resgatadas do solo de produção das idéias. Buscaram-se algumas de suas condições de surgimento e transformação e de suas interfaces laterais com outras áreas, para sua legitimação, mas buscou-se identificar também suas áreas de conflito e de tensão, de onde foram coletados fragmentos de inovação para a cartografia.

Assim, foi reconstituída a trajetória técnica, política e social do surgimento da medicina moderna, sua articulação com a ciência moderna, com o hospital *médico* e com uma *pedagogia médica*, mas também com o Estado, irradiando ações médicas de disciplinamento e de ordenamento sobre os indivíduos e grupos sociais. Ações que se constituem e se insinuam sobre o corpo individual e sobre o corpo social, ao mesmo tempo. Subordinam, por meio de uma racionalidade cognitivo-instrumental hipertrofiada, o social e o político ao técnico-biológico; inserem, na política pública de atenção à saúde, sua visão metodológica (tecnificada e hegemônica na dimensão biológica).

Essa associação entre a Medicina e o Estado, que teve seu surgimento identificado por Michel Foucault (1989) por volta do século XVIII, por meio da medicina estatal alemã (ou “polícia médica alemã”),

da medicina urbana francesa e da medicina da força de trabalho inglesa, aconteceu no momento de emergência da necessidade de disciplinar e ordenar os fluxos e a própria vida em sociedade, por decorrência das guerras, das grandes epidemias e do desenvolvimento tecnológico e industrial. Por outro lado, a medicina nessa época já dominava a clínica (não somente o conhecimento da sucessão dos fenômenos biológicos e fisiológicos visíveis, mas também o discurso que os correlaciona com os fenômenos da vida e a técnica que permite intervir para dominar as disfunções, tecnologias atualizadas na *experiência clínica*, que cria os papéis e assujeita aqueles colocados sob seus domínios: médicos e pacientes) e está se insinuando sobre o hospital, onde ordem disciplinar e intervenção médica sobre o meio se associam, num ciclo fechado que perpetua a racionalidade e o poder médicos, compondo o chamado “modelo biomédico”. Subordina-se, assim a dimensão social e humana da vida a uma tecnologia bio-política de gestão da vida (biopoder), que Foucault (1980) chama de *medicalização*, compatível e afirmada na própria matriz da ciência moderna, que se fortalece nesse mesmo período da história. Essa é a constituição de sua hegemonia, mas também a condição de sua crise: a medicina cada vez menos responde isoladamente pelas condições concretas da saúde das pessoas. O crescente custo dessas tecnologias, a variável eficácia no desenvolvimento de novos conhecimentos e técnicas, o desgaste da ação profissional diante das demandas crescentes por cuidados, o desenvolvimento de técnicas de cuidado não médico e de outros campos discursivos sobre a saúde vêm desgastando a imagem social do profissional médico e questionando a eficácia de suas práticas.

É também por volta dos séculos XVII e XVIII, que outro dos autores que empresta à cartografia várias ferramentas de trabalho, Boaventura de Souza Santos buscou a constituição do projeto de articulação dos aspectos políticos, sociais e culturais da modernidade. E é justamente na hipertrofia da racionalidade cognitivo-instrumental da ciência e da técnica sobre as racionalidades estético-expressiva e moral-prática, cujo equilíbrio constituía-se, segundo o autor, na promessa de uma pressão emancipadora à modernidade, que está uma das origens da crise do projeto moderno. Segundo Santos (1997), “à medida que a trajetória da modernidade se identificou com a trajetória do capitalismo, o pilar da regulação veio a fortalecer-se à custa do pilar da emancipação” (p. 236). Para esse autor, o projeto sócio-cultural da modernidade constituiu-se na promessa de equilíbrio entre o pilar da regulação (articulado pelos princípios do Estado, do mercado e da comunidade) e da emancipação, configurado pelas três racionalidades descritas. Buscar *zonas de fronteira*, de *silenciamento*, *tensões e rupturas*, *fragmentos pré-paradigmáticos* é a sugestão do autor para identificar o que emergirá dessa crise e para fomentar essa emergência.

A essas relações e configurações, foi agregada a descrição das características do atual sistema público de saúde brasileiro, as condições de sua emergência e a dinâmica de sua manutenção. Principalmente desde a década de 70, um conjunto de forças dos movimentos popular, sindical, acadêmico e de profissionais de saúde vem incluindo na agenda política nacional questões inovadoras em relação ao conhecimento e às práticas em saúde, tanto no que diz respeito aos aspectos metodológicos da atenção à saúde e organização dos serviços, como nos aspectos teleológicos e antropológicos. Ação interdisciplinar, aumento da qualidade de vida, regulação pública sobre as práticas de saúde, participação horizontal e propositiva do usuário e da população são idéias que não emergem *naturalmente* nas lógicas estabelecidas na modernidade, tanto para organizar as estruturas do Estado na área da saúde, quanto para reproduzir ações médicas. Apesar disso, essas idéias estão gravadas no texto constitucional e estão em curso em diversas modalidades no país, chocando-se com a atenção *medicalizadora*, derivada do modelo biomédico.

A forte pressão social, produtora dessas transformações conceituais e legais, gerou um tensionamento que, apesar do registro legal, mostra uma disputa permanente pela legitimidade de organizar e desenvolver ações e serviços de saúde. Bem significativo tem sido, para ilustrar a atualidade dessa disputa, o recrudescimento corporativo de várias profissões, em especial novamente a categoria médica, no sentido de manter sob monopólio exclusivo determinados conjuntos de ações, até então compartilháveis com outros profissionais.

Esse tensionamento tem sido verificado particularmente no espaço dos Conselhos de Saúde, um sistema nacional de órgãos colegiados existentes em todas as esferas de governo (municípios, estados e União), composto por representantes dos usuários, do governo, dos trabalhadores da área e dos prestadores de serviço. Os Conselhos de Saúde têm a prerrogativa legal de deliberar sobre as políticas de saúde desen-

volvidas, inclusive sobre os aspectos econômicos e financeiros e as práticas desenvolvidas no interior dos serviços.

Nesses fóruns, o segmento de usuários, designados *pacientes* reais ou potenciais pela racionalidade médica hegemônica, pode participar (e vem participando) nas definições da área da saúde, inclusive sobre a formação e a prática profissional, com todas as contradições próprias dos processos sociais. Não é o limite, do ponto de vista do efeito concreto, que interessa aqui. Interessa perceber que há um potencial de ruptura com o modo *normal* de propor e avaliar ações de saúde, até então preservadas sob um pretensão domínio técnico-científico. Trata-se de perceber que os atores da *periferia* das relações de saber e poder da estrutura de organização do sistema de saúde têm a possibilidade legal de penetrar na centralidade dessa estrutura, levando consigo, muitas vezes a subordinação a uma racionalidade colonizada, mas noutras vezes a sua experiência concreta de vida e os seus saberes. Utilizando novamente o auxílio de Santos (1997), é previsível (visível, quando se fala desde a experiência concreta nesses espaços) que, nesses contextos, sejam criadas condições para estabelecer uma espécie de *Câmara de Compensação Paradigmática*, fomentadora do tensionamento de uma *babélica* quantidade de modos de vida, de conhecimentos, de racionalidades, de valores e de convicções, inclusive aqueles que se constituíram como hegemônicos. Esse é o contexto favorável para buscar inovações.

Nesse contexto de crises, tensões, transformações e tentativas de legitimação dos modos (*normal X inovadores*) de organizar e propor a atuação em saúde e os modos de vida, dois territórios serão explorados em busca de idéias para reconfigurar a clínica médica: o Território indicado pelas publicações médicas das duas principais entidades representativas desses profissionais (Associação Médica Brasileira – AMB e Conselho Federal de Medicina – CFM) e o Território expresso nas formulações do controle social em saúde, particularmente o Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS). Foi utilizada, como método de trabalho, a descrição sistemática de fragmentos desses territórios, escolhidos conforme a potência que se avaliou existir para o compromisso desta produção acadêmica. Registrou-se de forma sistemática fragmentos de texto, produziu-se quebras na sua apresentação para identificar enunciados, buscou-se localizar seu conteúdo e o modo como circularam pelos seus territórios de origem e por outros territórios, confrontou-se esses achados com registros afetivo-cognitivos e buscou-se lapidá-los com os demais instrumentos da *caixa de ferramentas*. Caixa de ferramentas que foi incorporando novos instrumentos, que produziram desassossegos e criaram novas potencialidades⁷.

Aqui cabe destacar uma aprendizagem da Educação Popular em Saúde: a ruptura com a lógica centralista e centralizadora do conhecimento e da organização social, que perpetuam exclusões e opressões, tem sido forte motivação para a construção de possibilidades de análise e produção de conhecimentos. Para subverter e vitalizar as ciências sociais e humanas que vêm disciplinando e formatando o conhecimento e a subjetividade, nos diz José Américo Pessanha (1997), não se deve trabalhar com o conhecimento que foi lapidado desde Descartes, o “ouro” da ciência; deve-se trabalhar com a “ganga”, o “lixo”, que guardam as possibilidades inexploradas ou desprezadas. Deve-se procurar o contato com “as gentes” que pensam, sentem e vivem o cotidiano concreto, nos disse Paulo Freire (1995).

É nesse plano de intenções, nesse compromisso estabelecido pelo cruzamento do conjunto de autores de diversas orientações – de solos epistemológicos incompatíveis, poderiam dizer alguns – que vão

⁷ O cartógrafo Fra Mauro, no relato de James Cowan (1999), debate-se com a momentânea impossibilidade de registrar na sua carta uma intensidade de informações que lhe são trazidas por um viajante sobre uma imagem de Nossa Senhora de Damasco e a veneração com que seu guardião a preserva: elas não *cabem* no mapa! A imagem sacra, com uma ostra incrustada na testa, e o efeito que produziu sobre seu interlocutor desterritorializaram o cartógrafo, que precisou reconstruir a trajetória da imagem desde Jerusalém, de onde havia desaparecido, até um mosteiro na periferia de Roma, mas permitiram incorporar uma nova dimensão no mapa, impossível sem as ferramentas adquiridas pelo contato: “Se o meu amigo não tivesse mencionado a ostra (...) eu estaria preparado para aceitar a imagem simplesmente pelo seu valor habitual” (p. 54). Abertura a novas ferramentas e novos desassossegos, esse é o método do cartógrafo: “A cartografia é uma arte sublime. Agora mesmo eu já tinha em mãos um conhecimento que nenhum mapa tinha registrado. Às vezes me sinto como uma placa flutuante num astrolábio. Embora todas as minhas extremidades tenham sido calibradas para ajudar-me a determinar onde estou indo, há momentos em que um convés inclinado torna isso impossível. Será que estou à mercê de correntes inesperadas, que ameaçam desviar-me da rota?” (p. 55).

sendo estabelecidas as sínteses no processo cartográfico. Um autor/uma idéia falseando a idéia “verdadeira” do outro/outra idéia verdadeira, pelo que fazem ver dos aspectos cognitivo-afetivos e de escuta escavada. As *ferramentas* e conceitos de que tenho me apropriado vão *servindo*, vão *fazendo funcionar*, ajudam-me a estabelecer planos de transversalidade entre os inúmeros *devires* em minha subjetividade, minha militância e minha atuação em saúde e os aportes teóricos, e vice versa.

O conjunto de *ferramentas* que fui incorporando, permitiu identificar e registrar cartograficamente idéias oficiais e populares que auxiliaram a compreender mais detalhadamente o pedido por uma *clínica nômade*, detectado na exigência de mudanças na clínica médica pelos usuários das ações e serviços de saúde e fóruns participatórios já elencados. Os territórios escolhidos e as *marcas* e *cicatrices* foram analisados a partir de três planos de análise: um epistemológico, onde foram buscados conceitos e concepções inovadores; um ético-político, que identifica o espaço de protagonismo dos atores da “periferia”; e um político-pragmático, onde foram analisadas as realizações concretas e o impacto das inovações na organização da atenção à saúde.

Esses são três planos a partir dos quais foram buscadas as idéias inovadoras que configuram uma *clínica nômade* e também para buscar visões antropológicas, metodológicas e teleológicas para desenhar uma educação na saúde e uma *pedagogia (mestiça) da clínica*, que permita incorporar outras perspectivas, para além da pedagogia biomédica medicalizadora, capazes de dar suporte às novas configurações da clínica no cotidiano dos serviços e na formação dos médicos e demais profissionais da saúde. Uma clínica que permita aos profissionais/médicos romper com os *scripts* identitários, aos quais a medicina e a ciência moderna os assujeitaram, e lhes permita desencadear ações com diferentes formas, combinando os conhecimentos disponíveis a cada momento, sensibilidade ética, capacidade estética e compromisso político.

A multiplicidade de focos foi impondo ora uma visão mais panorâmica, para abarcar o conjunto dos movimentos, ora uma visão mais focada, para perceber os movimentos mais tênues. Coisa típica da cartografia e fácil de perceber no seu deslocamento metafórico à carta náutica: a viagem do navegador termina *titanicamente* se, fixado no campo de visão propiciado pela cabina de comando, não puder dimensionar adequadamente os objetos que se aproximam. Por outro lado, foram criando as condições de possibilidade ao *sonho do cartógrafo* de deixar-se levar pelo *canto da sereia*: a convicção política da existência de novos mundos a serem descobertos e, desde um compromisso ético-estético-político com a vida, produzidos como a *vida que vinga e que pulsa*. O cartógrafo-em-mim, tomado por um *dever aventureiro*, foi descobrindo e criando novas possibilidades para a clínica médica, a partir das dobras dos territórios explorados (nos documentos, nos enunciados, nas formas de expressão das idéias, no seu modo de circulação). O mapa foi incorporando nos novos traçados, as inovações recolhidas em discursos, em jogos de poder, no protagonismo dos diferentes atores. Se a cartografia *vai contando* das vidas e dos percursos dos navegadores, vida que *vai sendo vivida*, há um momento em que é preciso um intervalo. É no intervalo que se absorve o que foi descoberto, se percebe a descoberta e decide o que “vingar”. Na *tecitura* cartográfica, como no trabalho artístico, há um momento em que é necessária uma pausa, para enxergar o que foi feito e o que passou a proliferar, vingar, pedir atenção⁸. Esse é o momento de apresentar a carta: registra a trajetória que já foi feita e deixa transparecer os novos itinerários. Como disse Fra Mauro, muitos mundos mais há para se inventar. Muitos outros aventureiros há que se encontrar. Essa é a clínica nômade para a qual busquei idéias no estranhamento dos territórios da medicina e pelos de um conselho de saúde. Também é clínica que quero fazer possível no cotidiano.

⁸ Uma *marca* desde a infância, que ainda *repele*, para compartilhar o sentido dessa expressão: a observação sistemática e dissimulada (para dar vazão discreta ao afeto transbordante) dos momentos em que a avó, que tecia as *melhores* meias de lã que podia imaginar, e uma amiga, que tecia os *melhores* cestos de palha que já vira, compartilhavam longos momentos de silêncio, permitiu construir uma explicação para a potência do seu trabalho. Após momentos de trabalho intenso, faziam pausas nas quais, metodicamente, olhavam o horizonte, inspiravam profundamente, avaliavam o trabalho já realizado e continuavam a tecitura. Minha fantasia associava como tecnologia, o intervalo (parada, contemplação do horizonte e inspiração profunda de ar). De alguma forma que nunca pude compreender, essa tecnologia deveria estar associada ao resultado das suas obras, particularmente daquelas que me eram apresentadas, que passavam a ser as *melhores* entre todas as produzidas até então. Essa marca, atualizada, aponta para o momento em que é preciso fazer a parada e buscar, no horizonte, novos olhares sobre a produção, para que ela possa prosseguir, renovada.

Antes de registrar as idéias dos territórios escolhidos, é preciso destacar que algumas das fontes da pesquisa (publicações periódicas do Conselho Federal de Medicina e da Associação Médica Brasileira, bem como as atas do Conselho Estadual de Saúde e as notícias da imprensa utilizadas nas análises), serão identificadas por meio de referências entre colchetes, contendo dados das referidas fontes, conforme estão descritas nos Anexos I, II e III. Além de uma convenção que facilitasse a organização do texto, essa escolha respondeu à proposta de identificar as idéias que circularam nos diferentes territórios e meios e não os atores que as verbalizaram. Mais do que autorias, à tecitura da carta interessaram as idéias e seus trânsitos pelos territórios. Documentos institucionais específicos, também utilizados, foram identificados conforme os padrões usuais, ou seja, entre parêntesis.

A CARTA

TERRITÓRIO 1

A MEDICINA BRASILEIRA CONTEMPORÂNEA E A CLÍNICA NÔMADE (as linhas de rota e o canto da sereia nas idéias veiculadas nas publicações médicas)

(...) a medicina, colocada em contexto científico e histórico, não poderá ser outra a não ser uma profissão democrática, uma profissão cuja proposta social seja a libertação do corpo dos outros para trabalhar, para amar e para lutar, primeiramente para obter e depois para conservar essas conquistas. (Testa, 1992: 88)

1. REVENDO OS CONTORNOS DO MAPA: APRESENTAÇÃO DAS PRIMEIRAS IDÉIAS E DOS DOCUMENTOS OFICIAIS DOS MÉDICOS PELOS QUAIS ELAS CIRCULARAM

A busca de idéias para identificar outras possibilidades do exercício da clínica inicia-se pelo território corporativo da medicina. Esse território, cujos limites desenhados no mapa foram configurados pelo paradigma biomédico, será revisitado a partir de publicações das duas principais entidades representativas dos médicos brasileiros: o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Médica Brasileira (AMB).

O CFM, em conjunto com os Conselhos Regionais de Medicina, é uma autarquia federal que tem a incumbência legal de supervisionar e normatizar a prática profissional, inclusive nos seus aspectos ético-morais, julgar e disciplinar o exercício da medicina em todo o país, segundo o que determina a Lei Federal nº 3.268, de 30 de setembro de 1957. De acordo com essa Lei, os Conselhos de Medicina devem “zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente” (Artigo 2º). Segundo o seu Estatuto [MED, 102: 24-5], também estão inseridas no âmbito de suas competências, o zelo “por adequadas condições de trabalho, pela valorização do profissional médico e pelo bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente e de acordo com os preceitos do Código de Ética Médica” (Art. 1º, § Único). Essas competências abrangem “o trabalho individual e institucional público e privado, inclusive toda a hierarquia médica da instituição que preste, direta ou indiretamente, assistência à saúde” (Art. 2º). O discurso e a prática do CFM dizem respeito, portanto, ao “desempenho ético” e técnico dos profissionais, às condições em que se realiza o trabalho e ao “bom conceito” da medicina e dos médicos, onde quer que exerçam suas práticas.

A AMB é uma sociedade civil, sem fins lucrativos, com personalidade jurídica e forma federativa, de âmbito nacional, que foi fundada em 26 de janeiro de 1951, tendo sido seu Estatuto Social aprovado na Assembléia de Delegados, realizada nos dias 26 e 27 de setembro de 1982, com diversas modificações posteriores, sendo que a última alteração disponibilizada foi realizada na Assembléia Geral Extraordinária realizada em 20 de outubro de 2000. Conforme prevê seu Estatuto Geral (AMB, 2000a), tem, entre outras, as finalidades de “congregar os médicos do país e suas entidades representativas com o objetivo de defesa geral da categoria no terreno científico, ético, social, econômico e cultural”; “contribuir para a elaboração da política de saúde e aperfeiçoamento do sistema médico-assistencial do país”; deve “fomentar o ensino médico continuado”; além de “contribuir para o controle da qualidade das faculdades de medicina”; e “contribuir para o estabelecimento de critérios para a criação de escolas médicas no país” (Art. 1º). A AMB tem atualmente sob seu comando 27 unidades estaduais e 57 Sociedades Brasileiras de Especialidade. Cabe à AMB, por intermédio das Sociedades de Especialidade, a concessão dos títulos de especialista aos médicos aprovados em “rigorosa avaliação do conhecimento e desempenho do profissional feita pelas Sociedades de Especialidade”, o que é, segundo a mesma Associação, “uma das mais importantes contribuições da AMB à qualificação dos médicos, pois valoriza a carreira médica e diferencia, dentro do mercado de trabalho” o profissional que possui esses títulos (AMB, 2000b).

Essas duas entidades têm, portanto, a prerrogativa e a obrigação legal de definir, normatizar, fiscalizar e propor as práticas médicas no país. Sua atuação envolve o processo de formação (graduação, pós-graduação, educação e desenvolvimento continuados), defesa corporativa, o controle do exercício profissional e do desempenho ético-moral. Entre outros meios de fazê-lo, contam com alguns importantes veículos de comunicação corporativa. A Revista da AMB (RAMB) é apresentada pela Associação como um dos três “canais de comunicação com o médico”, que “reúne artigos dos mais conceituados médicos do país”

(AMB, 2000b). Compõem as estratégias de comunicação corporativa da AMB, além da Revista, o Jornal da Associação Médica Brasileira (JAMB) e o Portal da AMB (www.amb.org.br), que serão utilizados complementarmente nas análises que constituem esta Tese. Os veículos de comunicação corporativa do Conselho Federal de Medicina são o Jornal Medicina (MED) e o Portal do CFM (www.cfm.org.br).

Essas publicações das entidades de representação médica, inicialmente consideradas como equivalentes, foram utilizadas de forma complementar, tendo em vista apresentarem-se com o formato de artigos na RAMB e de notícias curtas ou pequenos artigos nos demais. O trabalho de sistematização inicial mostrou-se exaustivo e sua contribuição similar ou inferior à obtida na análise dos artigos da RAMB. A política corporativa nos veículos de divulgação “científica” é uma tradição da medicina moderna e, portanto, um recorte metodológico adequado para o que objetiva essa cartografia.

Assim, a busca de *idéias* será feita principalmente na RAMB, incorporando complementarmente as demais fontes, sempre que puderem contribuir com as análises feitas a partir dessa Revista. As idéias centrais da produção médica, associadas intimamente ao paradigma biomédico (*linhas de rota*), não são o objetivo principal dessa análise, conforme já declarado. Sua análise buscará *linhas de fuga* (*o canto da sereia*). Dessa forma, serão priorizados os documentos que estiverem se propondo a veicular idéias inovadoras (Santos, 1997), bem como os Editoriais, uma vez que traduzem a política editorial das entidades.

Veículos da imprensa comercial mostraram-se úteis, em algumas situações, para identificar o efeito externo de idéias que tentavam fixar os limites desse território analisado. As idéias médicas sobre a morte que circularam por fora da corporação, por exemplo, são contribuição dessas novas fontes. Por outro lado, esse mesmo tema suscitou uma forte tensão interna à corporação médica. Sobre essa tensão, nas fontes inicialmente eleitas para a tecitura da carta se pôde obter apenas um dos olhares, situação em que as fontes complementares permitiram qualificar o trabalho de análise e cartografia.

Esses informes, de territórios adjacentes, foram permitindo andar por entre *linhas de rota* acolhendo a magia e a potência dos *cantos de sereias* que estavam na periferia dos territórios corporativos.

Tal qual os informantes do cartógrafo Fra Mauro (Cowan, 1999), essas fontes foram sendo *escutadas* e estudadas, para buscar nelas o limite das possibilidades de criar novos referenciais para outros navegadores: novas linhas de rota, múltiplas e capazes de estimular ao desafio da navegação.

Foram analisadas também as 51 (cinquenta e uma) edições do Jornal Medicina, publicadas entre janeiro de 1997⁹ e dezembro de 2001. Esse jornal teve doze edições mensais nos anos de 1997 a 1999 e uma frequência menor e irregular nos dois anos seguintes, com nove edições publicadas em 2000 e seis em 2001.

O Jornal da Associação Médica Brasileira (JAMB) teve analisadas as edições publicadas em 2000 e 2001¹⁰. Nesses dois anos foram publicadas seis edições anuais, que tiveram periodicidade irregular em 2000 (janeiro/março, abril/maio, junho, julho/agosto, setembro/outubro, novembro/dezembro) e no ano de 2001 foram publicados números bimestrais regulares a partir de janeiro. O resultado dessas análises, sempre que produtivo para esta Tese, foi sendo absorvido pelo texto. A relação das publicações utilizadas e as referências que as identificam no texto estão listadas no Anexo 1.

Todas as fontes institucionais das quais foram coletados dados para a pesquisa estão identificadas no texto apenas por uma referência geral à origem das formulações coletadas porque o interesse não foi identificar o autor que as sistematizou, senão as idéias que circularam, consideradas legítimas para tanto.

No período utilizado como referência para a análise da RAMB, de 1998 a 2001, a Revista teve publicações trimestrais regulares. Foram quatro volumes anuais, com quatro números cada. Foram analisados 350 artigos publicados, conforme caracterizados na Tabela 01. A diferenciação dos artigos, segundo as categorias apresentadas nas Tabelas 1 e 2, foi feita a partir do agrupamento de categorias existentes na própria Revista, associadas de acordo com uma valoração expressa em alguns editoriais e nas normas de publicação.

⁹ Embora inicialmente a análise das publicações médicas contemplasse o período entre os anos de 1998 a 2001, um tema específico, relativo à morte, fez com que nessa publicação, onde o tema foi abordado com frequência no ano de 1997, este fosse incluído no período de análise.

¹⁰ Dificuldades no acesso ao acervo completo dos números do JAMB que circularam no ano de 1998 fizeram com que fosse suprimido esse ano do conjunto das fontes utilizadas na pesquisa. Como se verá, mesmo nos números obtidos e analisados, essa fonte tem um pequeno potencial de agregar idéias novas àquelas já veiculadas na principal publicação da entidade, a RAMB.

Tabela 01 – Distribuição dos artigos veiculados na Revista da Associação Médica Brasileira (RAMB) no período de 1998 a 2001, segundo a categoria e sua distribuição em cada um dos volumes publicados.

Volume	Nº Artigos Originais*	Nº Artigos de Revisão**	Nº Artigos do Editorial	Nº Total de Artigos	Nº de Páginas
Volume 44	26	34	4	64	346
Volume 45	26	32	5	63	374
Volume 46	32	38	12	82	364
Volume 47	31	106	4	141	368
Total	115	210	25	350	1.452

FONTE: RAMB, dados coletados e tratados pelo autor.

Obs.: * Inclui as seções "Artigos Originais" e "Artigos Especiais"; ** Inclui as seções "Relatos de Casos", "Artigos de Revisão" e "Comunicações" nos Volumes 44 e até o Número 3 do Volume 46. A partir desse Número, inclui também as seções "Panorama Internacional", "À Beira do Leito", "Diretrizes" e "Atualização".

Como se pode verificar, além da periodicidade regular, há também um certo padrão na distribuição dos artigos relativamente às categorias. Percebe-se uma mudança na distribuição do número total dos artigos de Editorial no Volume 46, devida à estratégia de apresentação de um novo perfil editorial, que será analisada no decorrer deste capítulo. Da mesma forma, há um aumento expressivo no número dos artigos classificados como Artigos de Revisão, que igualmente será caracterizada posteriormente.

Os Artigos Originais e Artigos Especiais, que compõem as seções de maior importância da Revista, apresentam, no aspecto quantitativo, apenas um pequeno aumento após a mudança do perfil editorial. Antes de analisar mais detidamente a mudança, é conveniente apresentar uma análise mais particularizada do conjunto dos artigos publicados no período analisado. A Tabela 02 apresenta a distribuição dos artigos segundo um agrupamento temático e com as categorias apresentadas anteriormente.

Como se pode verificar, é evidente o predomínio de artigos relacionados à assistência à saúde. Esses artigos, que representam quase 76% do total de artigos publicados, referem-se à doença, sua identificação (diagnóstico), o estudo de etio/fisiopatologia, seu tratamento e sua evolução. É importante assinalar que o predomínio desse aspecto se dá principalmente nos Artigos Originais, onde aproximadamente 86% dos textos publicados têm essa característica relativamente ao principal tema abordado. Apenas 2,29% dos artigos publicados no período têm como foco principal assuntos relacionados à promoção e proteção da saúde e à prevenção de doenças¹¹. Considerando-se a totalidade das categorias de artigos, 22% deles têm outros temas, que não a promoção/proteção da saúde, prevenção de doenças e assistência. Esse número cai para 10% quando destacados apenas aqueles pertencentes à categoria Artigos Originais. Essa primeira aproximação demonstra que a medicina é percebida pelos médicos, de acordo com o que se diz no interior desse veículo de divulgação científica, como uma área de conhecimentos e práticas relacionada com a doença. Embora essa constatação não seja inédita, ela é evidente no recorte que se fez para auxiliar na confecção da Carta. Tal constatação permitirá organizar as análises a partir dos demais temas abordados, já que não se está buscando as tendências já identificadas anteriormente e detalhadas por inúmeros estudos.

¹¹ Em uma interessante análise da medicina e suas transformações durante o Século XX nos Estados Unidos, Starr (1991) identifica os projetos e entidades que atuam no eixo da promoção da saúde como focos de disputa com as lógicas do domínio das competências e do controle dos processos de trabalho que ordenam o trabalho médico e que garantiu à corporação uma autonomia que, durante o desenvolvimento do capitalismo, foi sendo perdida pelas demais profissões e ocupações, fracionadas e ordenadas por tecnologias de maximização da produção. Conti (1972) já havia identificado a importância constitutiva da lógica da intervenção terapêutica tecnologicizada da medicina sobre as tecnologias de vida saudáveis. Essas são análises provocantes frente aos dados encontrados.

Tabela 02 – Distribuição dos artigos publicados na Revista da Associação Médica Brasileira (RAMB) no período de 1998 a 2001, segundo a categoria e os temas abordados.

TEMAS ABORDADOS		CATEGORIAS DE ARTIGOS							
		Original		Revisão		Editorial		Total	
		nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Promoção / Proteção da Saúde / Prevenção		3	2,54	5	2,42	0	0,00	8	2,29
Assistência	Diagnóstico de Doenças	21	17,80	29	14,01	2	8,00	52	14,86
	Etio/fisiopatologia das Doenças	43	36,44	71	34,30	2	8,00	116	33,14
	Tratamento das Doenças	37	31,36	54	26,09	2	8,00	93	26,57
	Prognóstico para os doentes	1	0,85	3	1,45	0	0,00	4	1,14
Ensino Médico		6	5,08	6	2,90	4	16,00	16	4,57
Gestão / Administração de Serviços		2	1,69	15	7,25	3	12,00	20	5,71
História e contexto da Medicina		0	0,00	1	0,48	3	12,00	4	1,14
Outros conhecimentos na prática médica		5	4,24	21	10,14	4	16,00	30	8,58
Organização e funcionamento da entidade		0	0,00	0	0,00	5	20,00	5	1,43
Relações com outras áreas de conh./prát.		0	0,00	2	0,97	0	0,00	2	0,57
Totais		118	100,00	207	100,00	25	100,00	350	100,00

FONTES: RAMB, dados coletados e tratados pelo autor.

Os demais temas aparecem com fraca coadjuvância. Setenta e sete artigos têm como foco outros temas (relativos aos aspectos não biológicos da doença) na prática médica, sendo que 58,44% deles pertencendo à categoria Artigos de Revisão. Menos de 9% dos artigos tratam de outros conhecimentos relacionados à prática médica e aproximadamente 6% de gestão e/ou administração dos serviços de saúde nos quais os profissionais médicos exercem seu trabalho. Igualmente nesse aspecto há um franco predomínio da categoria Artigos de Revisão, com 72% do total. A maior parte desses artigos foi veiculada nos últimos cinco números publicados no período compreendido por esta Tese.

Também chama a atenção a pequena quantidade de artigos relativos ao ensino médico. Menos de 5% dos artigos referem-se a esse tema e a maior parte deles foi veiculada nos números publicados nos dois primeiros anos do período da análise, havendo equilíbrio na distribuição numérica entre as diferentes categorias de artigos utilizadas nesta análise.

O perfil mais geral dos Editoriais merece ser mais destacado, já que os mesmos têm a prerrogativa de expressar a política editorial da entidade e, assim, induzir o perfil das publicações, pelo estímulo à produção de artigos com temas ou enfoques específicos, e a definição de critérios de avaliação dos artigos submetidos ao Editor para publicação. Nessa categoria, 24% dos artigos referem-se à assistência à saúde, enquanto que os demais 76% distribuem-se entre as demais categorias, exceto promoção/proteção da saúde/prevenção de doenças e relação com outras áreas de conhecimento e de práticas. Essa distribuição chama a atenção por quatro aspectos: a) diferencia-se de forma significativa do perfil dos demais artigos, já que não apresenta tão marcado predomínio de temas focados na doença; b) essa diferença não se mostra efetiva em produzir uma convocação na política editorial suficiente para uma mudança significativa no perfil dos artigos publicados, que se mantém focados na doença; c) não contempla um dos enfoques de maior destaque nas discussões recentes sobre a “reconfiguração” da atenção à saúde (modelos centrados na atenção básica e promoção e proteção à saúde); e d) também não contempla uma questão que mobilizou os representantes das entidades médicas no período, que foi a disputa de prerrogativas corporativas no cuidado em saúde: apenas enfoca secundariamente esse aspecto em alguns artigos. Uma análise qualitativa desses artigos, na seqüência, auxiliará nas análises que são o objetivo desta Tese.

2. OS DESAFIOS DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA PARA OS MÉDICOS BRASILEIROS

O perfil das produções do principal veículo de circulação de informações científicas *gerais* dos médicos brasileiros teve, nas formulações sobre a doença, seu maior foco de expressão, conforme foi apresentado na Tabela 02. Essa característica é previsível quando considerada a influência que o paradigma biomédico produz na medicina e nas demais áreas da saúde. Também demonstra que esse paradigma ainda expressa sua forte vigência nos dias atuais. Considerando apenas a modalidade de Editorial, seis artigos têm, como foco principal, a doença. Aqui aparece uma situação que merece maior destaque: os editoriais, que expressam a convocação da política editorial da Revista e da Entidade, têm um perfil de conteúdos significativamente diferenciado dos demais artigos, particularmente dos Artigos Originais. É três vezes mais frequente o aparecimento desse tema no conjunto dos artigos de maior *status* da Revista. Não é possível inferir que se trata de uma revista que não convoque à produção científica, já que, como se viu, ela manteve regularidade na periodicidade da circulação dos números e na quantidade de artigos veiculados. O olhar mais cuidadoso sobre os editoriais mostrará enunciados com melhor capacidade de explicar essa diferença.

Por hora, basta que se registre a tendência demonstrada na Tabela 02. Essa constatação da tendência não esgota os desafios da cartografia de idéias que essa Tese se propõe a fazer. Ela traduz, para manter as metáforas que vêm sendo utilizadas nesta Tese, o *ouro*, o *centro* ou a *zona de luz* da produção científica médica há mais de dois Séculos. Sendo assim, uma nova aproximação com as convocações que são feitas para a produção científica dos médicos, por meio dos editoriais de cada um dos números publicados, permitirá explorar a existência de “dobras” na política editorial, onde será possível buscar a *ganga*, a *fronteira*, a *zona de penumbra*. O perfil diferenciado entre os Editoriais e as demais categorias de artigos relativamente à distribuição dos enfoques temáticos principais de cada um deles, conforme se verificou na Tabela 02, não esgota a busca que está sendo feita. É preciso identificar qual é a convocação que os editores fazem para a produção de artigos nos Editoriais. Há algum “filtro” anunciado no que esse veículo se dispõe a disseminar? O que se diz sobre outros aspectos do conhecimento e da prática médica nesses artigos? Essas mesmas questões podem ser aplicadas às demais categorias de artigos. Nesses, circunscreveu-se a busca mais minuciosa àqueles que anunciavam enfoques distintos daquele que traduz mais fielmente o modelo hegemônico, já que os demais anunciavam abordar apenas questões associadas ao paradigma vigente¹².

Os desafios estabelecidos pela Entidade à produção científica dos médicos serão buscados prioritariamente junto aos editoriais, já que esse é o espaço privilegiado de manifestação da política editorial. Os demais artigos, principalmente os Artigos Originais e Artigos Especiais, na categorização dessa análise agrupados sob o primeiro nome, são a principal fonte para a busca das idéias inovadoras em circulação sobre a formação e a prática médicas. A escolha metodológica dessa categoria de artigos como fonte principal para orientar a análise é fortalecida pelo próprio Editor, que destaca sua importância, já que os descreve como “deter-

¹² Thomas Kuhn (2001), ao analisar o perfil das produções científicas na vigência de paradigmas específicos identificou que “a maioria dos cientistas, durante toda a sua carreira, ocupa-se com operações de limpeza” (p. 44), dos conhecimentos (processo que denomina de “ciência normal”), com investigações (“pesquisa normal ou baseada em paradigma”, conforme denomina à página 45) que oscilam em torno de três focos (“rotas para a ciência normal”, conforme classifica à página 29): tornar um pouco mais precisa e extensa a classe de fatos que se mostrou particularmente reveladora do paradigma; aproximar classes de fatos pouco frequentes ao paradigma vigente, reforçando-o por meio da concordância (mesmo que, para sua análise, esses fatos sejam reconfigurados a partir do paradigma vigente); e, por fim, articular, empiricamente, a teoria do paradigma e alguns fatos que, residualmente, não estavam resolvidos por ela e que apenas despertavam a atenção.

minantes para o impacto da revista” [RAMB, 46(4): 289]. Também foram agregados os desafios propostos para a atuação dos profissionais nos Jornais das duas entidades, cujo formato das matérias permite identificar mais claramente o anúncio dos seus principais projetos políticos para a corporação e a convocação política para orientar seus representados.

Para a aproximação com a produção científica veiculada na Revista da AMB, é relevante registrar que uma mudança no perfil editorial durante o período da análise foi anunciada pelo Editor [RAMB, 46(4): 289]. A questão central na justificativa da mudança, caracterizada principalmente pela ampliação qualitativa dos seus focos (“o leitor encontrará várias revistas em uma só”), é contemplar uma diversidade “intrínseca” nas práticas da área da saúde, de tal forma que a Revista pudesse “orientar a prática diária” dos profissionais aos quais se destina. Para essa ampliação qualitativa, a estratégia adotada foi a diversificação das seções e a criação de editoriais específicas, com o objetivo de garantir “consistência” nos artigos a serem publicados, como também de suscitar a produção desses artigos. Segundo o Editor, a nova equipe foi composta com profissionais que “deveriam ter, além de experiência científica e didática, sensibilidade para elaborar o ‘produto’ mais adequado para a nossa comunidade”. Fica evidenciado, portanto, um problema a ser resolvido: a publicação científica para orientar a prática cotidiana dos médicos não pode esgotar seu foco de divulgação no conjunto uniforme de conhecimentos biomédicos; há que se diversificar os conteúdos e a forma com que circulam pela revista. Afirma-se a necessidade de que novos conhecimentos sejam oferecidos à prática médica cotidiana, num formato mais acessível aos profissionais.

O primeiro editorial da “nova” revista, que têm o objetivo de fundar as mudanças no seu projeto editorial, é composto por um mosaico de textos das diversas editoriais independentes, sendo que o editor informa tratar-se de uma situação atípica, já que nos números subseqüentes “o editorial contemplará um tema relevante, de interesse geral, expressando a opinião de todas as editoriais de forma condensada” (p. 29). Entretanto, embora com autores diferentes, há uma intencionalidade clara no conjunto de editoriais: ampliar o leque de conhecimentos necessários para fortalecer a prática cotidiana do médico e/ou desenvolver tecnologias adequadas às “novas ambições médico-científicas nacionais” [RAMB, 46(4): 291] para a transmissão desses conhecimentos, “consentâneas com o perfil de quem ouve ou de quem lê” [RAMB, 46(4): 292]. Os novos conhecimentos seriam necessários para fortalecer a prática cotidiana e as expectativas corporativas destes.

Nos editoriais analisados, que se propõem a traduzir o consenso editorial da “nova” revista, está enunciada uma crise na articulação entre o conhecimento disponível e útil à medicina e as práticas médicas que, conforme sua ótica, compromete o exercício da medicina. Mais ainda, ao menos um dos componentes desse déficit de articulação, segundo as fontes analisadas, deve-se à insuficiência na absorção de conhecimentos disponíveis e em circulação, já que o desafio assumido pelo veículo de divulgação oficial da entidade científica nacional dos médicos, em seu novo formato, é, justamente, constituir-se como “instrumento eficaz de atualização, de reciclagem, de aprendizado contínuo” desses profissionais [RAMB, 46(4): 292]. Duas estratégias diferentes são propostas para suprir esse déficit: a adequação da forma com que os conhecimentos são postos a circular e a ampliação qualitativa dos conhecimentos que circulam pela publicação. Outras informações relevantes podem ser obtidas de uma análise mais particular de cada uma dessas metodologias.

Na editoria de Clínica Médica [RAMB, 46(4): 289-90], a principal questão formulada é a necessidade de bons artigos científicos em língua nacional, acessíveis aos médicos brasileiros. Uma tendência verificada em publicações médicas no mundo inteiro, de veicular artigos em inglês, parece motivar a defesa da língua nacional para essa publicação científica. Segundo essa editoria, “a atualização científica, a disseminação e a geração do conhecimento podem ocorrer também na própria língua”, com a vantagem de “manter a diversidade científica, definida como a preservação de informações expressas por códigos ou modelos culturais diferentes” e também “significa o respeito a um público leitor sem o qual os progressos científicos não seriam aplicados”. Abrangência e possibilidade de utilização são características que não sensibilizam os indicadores de impacto utilizados pela comunidade científica internacional e é em torno desses que parece ter se formado, segundo a editoria, um consenso sobre a importância de uma língua científica internacional, o inglês. A questão do idioma também é tomada como central na editoria de Pediatria [RAMB, 46(4): 291-2], que determinou que “as publicações privilegiassem o nacional, sem perder de vista a pesquisa de ponta; (...) arti-

gos realmente e tão somente de consistência firme, conteúdo relevante, interesse patente e linguagem palatável”.

Fomentar e ampliar o intercâmbio científico entre médicos foi o objetivo anunciado pela editoria de Clínica Cirúrgica, que estabeleceu um desafio aos colaboradores: “ter suficiente crítica para transmitir uma mensagem consentânea com o perfil de quem ouve ou de quem lê, em que pese que a palavra escrita pode ser avaliada com mais calma e merecer comentários” [RAMB, 46(4): 292]. Os textos publicados devem ser, portanto, um convite ao debate daqueles que lêem os artigos, a partir de sua própria experiência. É preciso que os artigos suscitem nos leitores um protagonismo, a tensão entre o que está escrito e a sua prática cotidiana.

A editoria de Ginecologia [RAMB, 46(4): 289] registra os dez anos de utilização da videolaparoscopia ginecológica, um avanço tecnológico que possibilitou “penetrar na cavidade abdominal e uterina, a fim de estabelecer diagnósticos mais precisos e intervenções cirúrgicas menos agressivas”. A editoria de Obstetrícia [RAMB, 46(4): 291] também destaca os avanços da tecnologia médica, particularmente na área de diagnóstico e tratamento pré-natal: as novas tecnologias permitem diagnósticos muito precoces de condições clínicas que são incompatíveis com a vida extra-uterina e prognósticos claros e sólidos. Entretanto, em grande quantidade de situações, essa maior capacidade de diagnosticar e prognosticar gera questionamentos éticos e focos de conflito, já que a “solução, quando existe, se consegue após grande martírio emocional e humilhações”, referindo-se provavelmente às possibilidades legais/judiciais de abortamento. Os poderes legislativo e judiciário estão menos “modernizados” do que a medicina nesse aspecto, ao que se depreende do editorial. Os avanços da medicina, que produzem grandes impactos na vida das pessoas, precisam ser absorvidos mais agilmente pela sociedade: esse é o enunciado que se percebe nesses textos.

Além dessas editorias, que demarcam áreas de conhecimento cujo domínio corporativo é mais clássico, foram apresentadas nesse número, como expressão da mudança no perfil da publicação, editorias de Bioética, Saúde Pública, Economia da Saúde e Medicina Baseada em Evidências.

A Medicina Baseada em Evidências (MBE)¹³ é apresentada no editorial [RAMB, 46(4): 293] como uma “ferramenta essencial para a boa clínica”, e consiste na “utilização conscienciosa, explícita e judiciousa da melhor evidência para a tomada de decisões para o tratamento individual dos pacientes”. A palavra *evidência*, utilizada muitas vezes como sinônimo de “qualquer informação existente”, deve ser entendida como “as evidências sólidas e robustas disponíveis na literatura”, apregoa o Editorial. A MBE “vem se consolidando como modelo na tomada de decisão clínica em vários países, incluindo o Brasil”. Para buscar “evidências sólidas” é preciso um “aprendizado, visando a análise crítica da literatura (como ler um artigo científico) para posterior incorporação dos achados relevantes e confiáveis na prática clínica, trazendo assim, seguramente, mais benefícios aos pacientes”. A MBE é um “simples e imprescindível modelo de prática médica [que pode] homoganeamente melhorar a prática clínica em nosso país”. Essa ferramenta “funciona como elemento transformador de médicos passivamente baseados apenas em opiniões dos outros em médicos ativamente praticantes de uma medicina baseada em evidências”. A expectativa anunciada no editorial é a de que os leitores “absorvam” os conceitos que serão veiculados nos artigos, incorporando-os a sua prática cotidiana. É preciso fomentar uma transformação específica na clínica tal como é exercida, substituindo práticas heterogêneas por práticas ordenadas pelas evidências mais científicas.

Esses conceitos e essa metodologia não são consensuais entre a equipe de editoria da Revista e tampouco se expressam de modo uniforme nos artigos veiculados, tendo inclusive se evidenciado uma divergência a esse respeito, analisada adiante com mais detalhe. De todo modo, aparece claramente enunci-

¹³ Medicina Baseada em Evidências, Medicina Embasada em Evidências ou Conduta Terapêutica Embasada em Evidências e outras variações similares são designações utilizadas nos artigos da RAMB quando se aborda essa questão relativamente à atividade clínica dos médicos e Ensino Baseado em Problemas ou Aprendizado Baseado em Problemas quando esse mesmo *modelo, paradigma ou movimento* é aplicado à formação dos profissionais. Essas denominações seguem um padrão internacional, com bastante destaque principalmente a partir do final da década de 1980, para traduzir tecnologias específicas de ensino e de exercício da clínica médica. A Aprendizagem Baseada em Problemas surgiu na Universidade de MacMaster, no final da década de 1960 (Penaforte, 2001), de onde também tem origem, no final da década de 1980, a expressão Medicina Baseada em Evidências, que foi sendo modificada conforme sua utilização (Castiel & Póvoa, 2001).

ada uma insuficiência na prática médica também para *absorver homogeneamente* os avanços produzidos pela ciência. E essa insuficiência, apresentada como um *déficit* no uso dos conhecimentos mais *robustos* disponibilizados pela pesquisa científica, tem como conseqüência a existência de uma diversidade muito grande de práticas no diagnóstico e no tratamento, o que é entendido como negativo. É preciso homogeneizar as práticas e é preciso adestrar os médicos para uma leitura mais sistemática das produções científicas, que devem ser incorporadas no exercício da clínica.

Sob esse aspecto são evidenciadas duas questões interessantes: a) se é preciso *aprender a ler criticamente* e a classificar as produções científicas, é porque a produção científica veiculada no meio médico inclui conhecimentos equivocados; e b) se a *experiência clínica*, para se tornar *robusta*, precisa incorporar os conhecimentos *sólidos* (assim definidos aqueles produzidos em pesquisas com metodologias classificadas como adequadas), é porque a prática cotidiana não é capaz de gerar conhecimentos *cientificamente* adequados. A diversidade de conhecimentos e de práticas, bem como a diversidade de formas com que conhecimentos e práticas se articulam no cotidiano dos médicos, parece caracterizar um problema para a medicina, na medida em que essa situação é apontada como um *déficit*. Veja-se que esse enunciado diverge do anterior. Neste a heterogeneidade de práticas configura, por si mesma, um problema. No enunciado anterior, embora fosse reconhecido um *déficit* na absorção de conhecimentos sistematizados, o foco do problema estava na forma inadequada com que os conhecimentos eram postos a circular e o atenuamento do protagonismo dos médicos na nobre função de sistematizar seus conhecimentos cotidianos para fazê-los circular entre seus pares, bem como na disposição de mobilizar-se para interagir com os conhecimentos em circulação, validando-os ou não a partir da sua *experiência clínica*. Há uma variação importante no espaço de protagonismo dos médicos: em um dos enunciados os profissionais devem assujeitar-se homogeneamente pelos *mais* científicos conhecimentos produzidos, aqueles com as *melhores* metodologias científicas (conhecimentos *mais robustos*); no outro enunciado, devem fazer-se atores da produção e circulação de conhecimentos, a partir da sua *experiência clínica*¹⁴.

A complexidade das situações que os profissionais de saúde enfrentam no seu cotidiano, não somente em decorrência do desenvolvimento científico e tecnológico, mas também como conseqüência de aspectos bioéticos que devem ser considerados na relação com o “paciente”, de limitações financeiras do sistema de saúde e outras, é a explicação que a editoria de Bioética [RAMB, 46(4): 292-3] apresenta para o destaque atual dessa área no Brasil e no mundo, o que justifica sua incorporação na “nova” revista. Segundo a editoria, a Bioética deve ser entendida como “o estudo sistemático das dimensões morais – incluindo a visão moral, decisões, conduta e políticas – das ciências da vida e dos cuidados à saúde, utilizando várias metodologias éticas em um contexto interdisciplinar”¹⁵. A editoria registra sua expectativa de que o novo espaço suscite discussões, reflexões e a divulgação de temas relevantes do ponto de vista da ética em saúde. A insufi-

¹⁴ A Profa. Dra. Cleoni Fernandes (1999) registrou a necessidade de maior destaque entre os “sujeitos” tal qual são definidos por dois autores que emprestam conceitos-ferramentas a esta cartografia. Nesse exemplo temos um ser objetivado por uma verdade ordenadora de sua prática (a ciência *mais robusta*, as *melhores evidências* clínicas), que ocupa um lugar no espaço discursivo constituído e posto a circular a partir de um regime regulador e, assim, torna-se sujeito desse discurso, conforme denuncia Foucault (1987). Embora, como vimos, a *experiência clínica* seja, ela própria, um enunciado da política de verdade constituída sobre a doença pela medicina moderna (Foucault, 1980), ao suscitar uma produção local de conhecimentos é preciso concordar com Santos (1997) que é um excesso considerar a matriz biomédica como o único desdobramento possível da produção de conhecimentos em saúde. Seguramente é o mais comum (veja-se o perfil das produções analisadas). Assim, embora suscetível ao efeito do poder disciplinador da biomedicina, teríamos na divergência anunciada também um outro “sujeito”, capaz de um protagonismo e, até, da produção de conhecimentos emancipadores, conforme propõe Boaventura Santos. Ao suscitar a expressão dessa diferença (um ser assujeitado, “para dentro” e um “sujeito para fora”, com capacidade de protagonismo), a Profa. Cleoni ajudou a criar uma possibilidade para o pesquisador (ser sujeito protagônico de dentro da medicina, escolhida como profissão) e, sensivelmente, captou uma “dobra” que, melhor explorada, deu potência à cartografia para registrar diferenças na produção dos médicos. Pôde-se enxergar, mesmo no discurso clínico sobre a doença, um certo *suleamento* e a provocação a uma certa *mestiçagem* na produção científica dos médicos (idioma, valorização das características locais, valor em si da circulação e do acesso dos conhecimentos produzidos a partir dessas características).

¹⁵ Essa é uma citação extraída de uma das principais obras na área da bioética, que produziu uma importante mudança conceitual desse termo a partir da segunda metade da década de 1990. Trata-se da Encyclopedia of bioethics, vol. 1, pag.. XXI (REICH, WT, editors. Encyclopedia of bioethics. Revised edition. New York: Macmillan, 1995.).

ciência anunciada não é somente de articulação entre conhecimentos e a prática médica, já que outras dimensões da realidade e outros conhecimentos devem ser articulados para resolver os problemas que são objeto da prática cotidiana desses profissionais, e a forma de fazê-lo é a circulação de opiniões: o “avanço” acontece na medida em que “pontos de vista” circulam. Além do protagonismo na análise dos fatores que interferem no cenário em que se dá o encontro entre o profissional e o “paciente”, para o exercício da clínica da perspectiva da bioética torna-se necessário articular outros conhecimentos, segundo diz-se nesse artigo, e, mais do que isso, fazê-lo em planos de possibilidade que reconheçam o protagonismo de outros profissionais em diferentes áreas do conhecimento. Não basta à medicina sequer o protagonismo médico, diz o editorial.

A editoria de Medicina e Saúde Pública [RAMB, 46(4): 293-4], responsável pelo espaço da revista que tem a missão de suscitar “maior intercâmbio entre as metodologias de pesquisa das áreas da prática clínica e da saúde pública/coletiva”, justifica sua criação pela superação da concepção que Medicina e Saúde Pública pertencem a mundos distintos, predominante na sociedade até há algum tempo. O editorial assume uma definição bastante ampla: para além de ações tradicionais, como a organização dos sistemas e serviços de saúde, de atenção individual e coletiva, “dizem também respeito à Saúde Pública questões relativas ao ambiente, à alimentação, à educação, à segurança, enfim, à garantia de uma qualidade de vida para indivíduos no mundo atual e com a perspectiva de poder legar às gerações futuras um mundo melhor”. Segundo o editorial, esse escopo torna a Saúde Pública um conceito que “diz respeito ao conjunto da sociedade e, na dimensão técnica, envolve e aproxima um grande número de categorias profissionais”, inclusive os médicos.

O sistema de saúde também é o âmbito de abrangência da editoria de Economia da Saúde [RAMB, 46(4): 294], apresentada como uma área que está se tornando “indispensável na análise da organização, financiamento e funcionamento do setor saúde”. De acordo com o que expressa o editorial, essa área pode contribuir para “instrumentalizar os tomadores de decisão quanto às implicações econômicas de políticas e programas de saúde, através da utilização de modelos explicativos e técnicas de análise”. Sendo assim, essa é uma área importante para os médicos, já que os “objetivos e as prioridades de saúde são, e continuarão sendo, definidos principalmente no nível político, por algum consenso a que chegue a sociedade ou pela correlação de forças políticas”.

Nesses dois editoriais, três questões novas são enunciadas: a) outras dimensões complexas e não relacionadas diretamente à sofisticação de tecnologias e conhecimentos biomédicos têm imbricamento com o espaço onde a prática médica se insere; b) essas dimensões estão relacionadas a conhecimentos que interferem nas decisões daqueles que têm a prerrogativa de dirigir o sistema de saúde onde as ações médicas estão inseridas; c) o exercício da clínica, a atuação prática do médico, tem uma relação de dependência com esses conhecimentos e decisões que configuram o campo de trabalho onde o médico está inserido (na verdade, o enunciado mais forte é que, nesse contexto, não há espaço para a prática médica autônoma e liberal).

Para além da importância dos enunciados já registrados, a mudança proposta no perfil editorial teve um impacto quantitativamente mais visível nos artigos classificados como de Revisão/Atualização. De uma média de aproximadamente oito desses pequenos artigos no período que antecedeu à mudança passou-se a ter em média vinte e cinco artigos com essa classificação em cada número da Revista. Proporcionalmente, no período que antecedeu à mudança foram publicados mais Artigos de Revisão/Atualização relativos à etio/fisiopatologia das doenças e sobre o ensino médico. No período posterior à mudança, cresceu a proporção desses artigos abordando o diagnóstico e tratamento de doenças e tecnologias de administração/gestão de serviços. Nos Artigos Originais pode ser constatado, após a mudança, um discreto aumento no número de artigos que enfocam a etio/fisiopatologia e o tratamento das doenças que, somadas às duas categorias, é de aproximadamente 15%. No que se refere aos editoriais, foram mais frequentes antes da mudança os temas relativos ao ensino médico, ao tratamento de doenças e à história da medicina, sendo que no período posterior às mudanças, houve oscilação para mais nos artigos abordando o diagnóstico das doenças, a gestão/administração dos serviços de saúde e a organização e o funcionamento da entidade, incluindo a própria Revista. Nas demais modalidades a oscilação não foi significativa, principalmente quando considerada a diferença no total de números que compõe cada um dos dois períodos (antes

da mudança, com onze números publicados, e depois da mudança, com cinco números publicados).

O que se verifica, numa primeira análise mais detalhada do perfil qualitativo dessas mudanças mais visíveis, é que as editoriais de Medicina e Saúde Pública, Economia da Saúde, Bioética e Medicina Baseada em Evidências tiveram maior capacidade de alterar o perfil anterior, principalmente por meio de pequenos artigos, basicamente comentários sobre publicações e pesquisas publicadas em outros países. Os temas que essas áreas dispunham-se a explorar tiveram seu trânsito aumentado na Revista mas somente nos artigos com *status* secundário, exceto a MBE, que mobilizou uma importante polêmica nas publicações médicas, conforme será analisado posteriormente. A mudança anunciada do perfil editorial não teve um impacto maior nos artigos classificados como Artigos Originais. Assim, para analisar mais detalhadamente as publicações, será mantido o conjunto dos artigos publicados, com recorte prioritário nos Artigos Originais e nos Editoriais, sendo salientadas as diferenças entre os dois períodos, quando existirem. Dos artigos com foco principal nos aspectos de diagnóstico, etio/fisiopatologia, tratamento e prognóstico de doenças foram extraídos, quando presentes, idéias relativas a outros aspectos da prática médica. A referência à categoria dos artigos objetiva preservar o *status* definido pela própria revista. Também serão incorporadas informações de outras fontes, que facilitem a identificação das idéias analisadas em cada item.

A aproximação feita até aqui, de caráter exploratório e descritivo, procurou identificar alguns contornos mais gerais desse território formado pelas configurações mais recentes do discurso e das práticas da medicina pelos aspectos destacados nos próprios documentos pesquisados. Mostrou um conjunto de tensões, choques de conceitos, disputas pelo poder e pela legitimidade na circulação de conhecimentos na Revista da AMB e no território da medicina, o que, de acordo com os conceitos-ferramentas de trabalho, mostra que é possível supor a existência de idéias inovadoras à clínica, para além daquelas já registradas. A descrição sistemática dos aspectos encontrados vai orientando novas aproximações, com o objetivo de agrupar coordenadas para o trabalho cartográfico. Na seqüência serão analisados com mais detalhe, tal como pontos escolhidos para uma visita exploratória, aspectos da formação e da produção de conhecimentos, do trabalho e da relação com o usuário (o “paciente” da biomedicina).

3. A FORMAÇÃO, O DESENVOLVIMENTO E A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS DOS MÉDICOS

Num cenário marcado por profundas transformações no conhecimento médico e no campo de suas práticas, é previsível que as questões da formação, do desenvolvimento e da produção de conhecimentos¹⁶ sejam temas relevantes nas publicações científicas das entidades médicas. Entretanto, o que se verifica na RAMB é uma frequência discreta desses temas. Esse dado chama a atenção também pelo fato de que, no período da pesquisa, ao menos três projetos de âmbito nacional e com grande divulgação pela mídia envolveram as escolas médicas e as entidades representativas dos médicos e não foram objeto de artigos na Revista: o Exame Nacional de Cursos (“Provão”) desenvolvido pelo Ministério da Educação; a Avaliação das Escolas Médicas desenvolvida pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM); e o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED)¹⁷, desenvolvido pelos Ministérios da Saúde e da Educação. Além desses, o Projeto UNI, desenvolvido em oito escolas médicas do país, com vasta produção de artigos de análise, notícias, bem como algumas teses e dissertações, também não foi objeto de nenhum artigo na Revista da AMB.

Provavelmente, o fato de outros veículos de divulgação científica terem se especializado na divulgação dessas experiências que envolvem a formação médica, como a Revista da Associação Brasileira de Educação Médica e a Revista Interface, explique, em parte, essa ausência. Entretanto, a existência de outros meios de divulgação não impediu a veiculação na RAMB de temas e abordagens relativos a outros aspectos que envolvem a medicina e, particularmente, suas práticas. Particularmente em relação à avaliação da CINAEM, é importante ressaltar que tanto o JAMB quanto o Jornal Medicina dedicaram diversos espaços para a divulgação de eventos e atividades do projeto, bem como para a apresentação de alguns achados das diversas fases da avaliação.

As análises a respeito da formação, desenvolvimento e produção de conhecimentos serão feitas a partir de duas questões com alguma produção na RAMB no período analisado: o ensino médico e a discussão das evidências X vivências na prática clínica. Questões relativas à pesquisa, à produção e à circulação de conhecimentos poderão ser identificadas de forma transversal aos dois recortes. Da mesma forma, as discussões relativas à Medicina Baseada em Evidências trazem consigo uma abordagem metodológica relativa ao ensino: a Aprendizagem Baseada em Problemas. Para a cartografia, entretanto, terão mais interesse as idéias inovadoras do que as coordenadas de sua localização.

¹⁶ Na designação de *formação, desenvolvimento e produção de conhecimentos* estou identificando as atividades de formação de graduação e de pós-graduação, de pesquisa e de formação continuada de médicos e trabalhadores em saúde.

¹⁷ Embora criado em março de 2002 (Portaria Interministerial nº 610, de 26 de março de 2002, dos Ministérios da Saúde e da Educação), as idéias do Programa vêm sendo discutidas pelos dois Ministérios, com algum envolvimento das escolas médicas e entidades representativas, desde a proposição das novas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Medicina, que foram instituídas por meio da Resolução nº 4, de 07 de novembro de 2001, do Conselho Nacional de Educação (CES/CNE). Caracteriza-se por uma estratégia de aproximação da formação médica com o Sistema Único de Saúde (SUS), particularmente no que se refere aos serviços de atenção básica e aos programas prioritários do Ministério da Saúde.

3.1. Ensino médico

A maior parte dos artigos que tratam especificamente sobre aspectos do ensino médico publicados na RAMB no período analisado aborda aspectos relativos aos métodos pedagógicos no ensino médico. Do total de dezesseis artigos sobre ensino médico publicados nos quatro anos, em média um por número da Revista, seis deles abordam particularmente esse aspecto do ensino médico. Entre esses, três Artigos Originais, dois Editoriais e um Artigo de Revisão tratam de uma polêmica, que pode ser representada pelo binômio Medicina Baseada em Evidências X *experiência clínica*. Essa polêmica, que não é exclusiva desse veículo de divulgação, também está presente em outros artigos e editoriais da Revista. Um artigo relata uma experiência de mudança no cenário de ensino. Essa abordagem, a incorporação de novos métodos pedagógicos, é uma característica freqüente nas discussões brasileiras recentes acerca da necessidade de mudanças no processo de formação de médicos e demais profissionais de saúde¹⁸.

Os demais artigos sobre o ensino médico referem-se à avaliação do curso e/ou do estudante (quatro), tecnologias de ensino médico (um), ensino de habilidades técnicas específicas (dois) e da docência e pesquisa (dois). Também há referências sobre o ensino médico, particularmente o registro reiterado da necessidade de mudanças na formação.

O texto que trata de tecnologias de ensino é um Artigo de Revisão com o relato de uma experiência de ensino à distância, utilizando a Internet, em uma disciplina da etapa intermediária do curso de uma Faculdade de Medicina privada no interior de São Paulo [RAMB, 46(1): 47-51]. A experiência, que foi relatada como positiva, chama a atenção para o fato de que, apesar das facilidades de uso e das múltiplas possibilidades de aprendizagem que o acesso à Internet pode oferecer, apenas a metade dos 100 (cem) alunos de uma turma de 3º ano do curso de medicina de uma universidade privada relataram, por ocasião da avaliação final da disciplina, algum uso anterior dessa tecnologia. Num contexto em que novas tecnologias de ensino são propostas inclusive para substituir atividades presenciais em áreas classicamente voltadas ao aprendizado instrumental, como a anatomia¹⁹, mas também em decorrência das possibilidades que o uso dessas tecnologias pode oferecer na comunicação interpessoal (com colegas, preceptores etc.) e no aprendizado (pesquisa em vários tipos de bancos de dados e serviços bibliográficos, por exemplo), o relato chama a atenção para a deficiência na sua incorporação por professores e mesmo por escolas médicas.

Dois Artigos de Revisão apresentam o relato do ensino de habilidades especializadas em cirurgia [RAMB, 45(4): 337-41; RAMB, 45(4): 342-5], focando-se em estratégias de adestramento do cirurgião às habilidades necessárias às subespecializações de neurocirurgia e de cirurgia laparoscópica no aparelho digestivo. Mostram um outro extremo da formação: a sofisticação tecnológica quando se trata da incorporação de tecnologias específicas e a forma tradicional de ensino, por contato e repetição.

A situação atual da docência médica e da pesquisa é abordada num Editorial [RAMB, 45(2): 93] e num Artigo de Revisão [RAMB, 45(2): 152-6]. Segundo essas fontes, ao contrário do que se verificava nas décadas anteriores, a partir principalmente da década de 1990, mudanças nas Universidades, mas também na indústria biomédica, provocaram uma grande especialização nas pesquisas acadêmicas, de tal forma que os médicos são estimulados à optar entre docência, pesquisa ou prática clínica. As dificuldades de obter fomento oficial à pesquisa e de administrar os conflitos de interesses, éticos e de resultados nas parcerias com a indústria, contribuem para que a associação entre a prática clínica e a pesquisa esteja declinando. Os

¹⁸ Segundo Yasbeck e Cols. (2000), atualmente são identificadas quatro estratégias mais comuns de propostas de inovação nos modelos e métodos pedagógicos para o ensino médico: integração interdisciplinar, Aprendizagem Baseada em Problemas, diversificação de ambientes de treinamento centrados na prática e aprendizado nuclear com opções de aprofundamento. Em relação aos ambientes de treinamento, Campos (1999) identifica que, apesar dos projetos de reformulação em todo o país, 86% da carga horária do treinamento prático nas escolas médicas ainda acontece no ambiente hospitalar, que cada vez amplia sua especialização e a fragmentação das áreas de conhecimento.

¹⁹ Um link em grande parte das páginas eletrônicas das faculdades de medicina aponta para a National Library of Medicine, onde o Projeto do Homem Visível apresenta a estrutura anatômica humana completa, visível em três dimensões e em cortes milimétricos, com imagens digitalizadas feitas a partir de cadáveres de homens e mulheres "normais" seccionados e submetidos à técnicas de congelamento (http://nlm.nih.gov/research/visible_human.html).

“pesquisadores-médicos” estão tendo dificuldades para sobreviver à concorrência dos pesquisadores das áreas básicas e das subespecialidades clínicas. O modelo da “ciência médica generalista, onde o médico poderia desenvolver simultaneamente intensa atividade de pesquisa e intensa atividade médica propriamente dita tem perdido competitividade” [RAMB, 42(2): 154].

De acordo com o artigo, essa situação atinge duplamente o ensino médico, já que o contato precoce do estudante com a pesquisa, que poderia fomentar maior protagonismo do futuro profissional com o desenvolvimento de conhecimentos adequados à realidade em que estará atuando, fica reduzido durante a graduação. Além disso, fica ainda mais fortalecido o modelo da especialização, inclusive a ponto de dissociá-la da realidade. O círculo vicioso que se forma é que os professores especialistas têm mais facilidade em obter acesso a recursos para o desenvolvimento de projetos da indústria biomédica ou para o desenvolvimento de tecnologias também especializadas e contribuem para a hipertrofia desses conhecimentos em detrimento daqueles mais horizontais à vida concreta das pessoas. Essas são as pesquisas e os conhecimentos que os estudantes, quando têm acesso, tomam contato, o que é cada vez mais difícil, já que a pesquisa tem diminuído entre seus professores. Dentre eles surgirão os próximos docentes e os próximos pesquisadores, o que fecha o círculo, segundo analisa o artigo. O crescente distanciamento entre a sofisticação da tecnologia e as condições de vida da população usuária das ações e serviços de saúde parece estar intimamente relacionado com a dissociação entre ensino, pesquisa e atuação nos serviços de saúde, diz o artigo. Além disso, há um importante impacto no “equilíbrio” das práticas entre as diversas áreas do conhecimento médico, que interfere de forma substantiva nas alternativas de trabalho dos médicos.

Nesse contexto, o conjunto das idéias apresentado pelos artigos de avaliação do ensino médico poderia trazer inovações. Os quatro artigos identificados sobre esse tema estão assim distribuídos: um é Editorial, dois são Artigos Originais e um é Artigo de Revisão. Este último [RAMB, 47(2): 91] é, na realidade, uma resenha de um trabalho americano de avaliação qualitativa do comportamento bioético²⁰ dos estudantes de medicina. Trata-se de uma avaliação centrada no estudante, que é a abordagem mais comum quando se pretende avaliar o processo de formação. A justificativa dos autores para a realização de testes sobre situações que envolvam decisões bioéticas com estudantes da área da saúde é provocadora: segundo a fonte de pesquisa, há uma falsa expectativa entre os profissionais de saúde sobre a existência de normas morais e/ou de especialistas para resolver todos os problemas bioéticos relativos ao seu trabalho e é preciso mostrar, já no processo de formação, que não há decisões aceitas universalmente. O texto parece enunciar que, mesmo nas questões relativas à ética médica é necessário que haja protagonismo dos estudantes, dos profissionais e dos usuários.

Um Editorial [RAMB, 45(3): 198] e um Artigo Original [RAMB, 45(3): 217-24] apresentam e discutem um projeto de avaliação terminal do desempenho dos graduandos de medicina de uma Faculdade de Medicina pública do interior de São Paulo. Embora se trate de uma avaliação institucional cujo objetivo é auferir a eficácia do currículo com a finalidade de ajustá-lo, é preciso registrar que, a exemplo de outras tantas, ela também recai sobre o desempenho discente. Os autores e o Editorial apresentam como “inovador” o fato de incluir não somente aspectos cognitivos, mas também habilidades práticas dos estudantes. O que chama a atenção é que, num contexto em que são identificadas inúmeras insuficiências no processo de for-

²⁰ Ante à grande diversidade de conceitos de deontologia/ética médica, moral e bioética e tendo em vista não ser este o objeto desta cartografia, opto por uma definição mais formal, com a finalidade de uma certa padronização, mais do que uma argumentação filosófica. Para tanto, moral será considerada como um conjunto de valores vigentes em determinados grupos sociais e tempos históricos, que se atualizam em cada um dos indivíduos que os compõem, criando-lhes certos modos de vida, condutas, sentimentos. Ética médica ou deontologia médica é um conjunto normas, estatutos, leis etc. que registram os valores morais válidos para o exercício da profissão, para a conduta dos médicos e suas prerrogativas nas relações com os demais indivíduos da sociedade (ética codificada). Bioética, por sua vez, é a ética aplicada ao sistema de saúde e difere da ética médica já que, enquanto aquela se preocupa com soluções para os conflitos morais existentes no exercício da profissão, para a bioética, segundo Garrafa, “o importante não é a resolução do conflito, mas sim a capacidade de desenvolvermos uma tolerância que nos permita conviver pacificamente com moralidades diferentes da nossa, em um mundo complexo que deixou de ser canônico” [RAMB, 97:28]. Para além da ética médica, baseada nos princípios hipocráticos (principalmente da benemerência), a bioética considera o princípio básico da autonomia do indivíduo. Conceitos sistematizados a partir da leitura de Sueli Dalari (1998), Volnei Garrafa [RAMB, 97:28], Maria Berenice Dias [RAMB, 104: 28] e Raimunda Germano (1993). O conceito de ética que está sendo utilizado nesta Tese, como já foi descrito, é aquele utilizado por Rolnik (1993) e Ceccim (1997, 1998).

mação, inclusive em relação às condições didáticas e pedagógicas das escolas médicas, a opção para implementar avaliações institucionais seja normalmente focada no desempenho discente. Ainda mais quando uma das justificativas utilizadas é “a inexistência (...) de um sistema de verificação formal de competência médica, antes da autorização para exercício profissional pelas instâncias competentes” e, assim, “a proteção da sociedade contra médicos inadequadamente habilitados recai sobre as instituições formadoras” [RAMB, 45(3): 217-24]²¹.

A transposição identificada por alguns pesquisadores (Schraiber, 1989) que faz do agente nuclear da medicina o principal responsável pelas características da própria área de atuação parece iniciar-se desde a graduação e isenta o processo de formação de qualquer responsabilidade no “resultado” desse processo²². O Editorial, por sua vez, destaca a existência de outras abordagens no processo de avaliação do ensino-aprendizagem, envolvendo também os professores e o processo.

Preocupação diferente está registrada no projeto desenvolvido numa universidade pública de Minas Gerais, que identificou o estudo do perfil e de tendências dos estudantes de medicina, comparando respostas de estudantes no início do ciclo clínico e ao seu final [RAMB, 46(3): 224-31]. Segundo o relato publicado, a proposta do trabalho foi “investigar o perfil socioeconômico, o motivo de estudar medicina, a opção por especialidade e residência médica e a preferência em trabalhar como profissional liberal ou assalariado entre os estudantes de medicina” daquela universidade [RAMB, 46(3): 224]. O projeto de análise do perfil discente, parte integrante de um projeto maior de avaliação e reforma do ensino implementado pela instituição, foi motivado pelo entendimento de que seria imprescindível conhecer os conceitos prévios, as aspirações e a bagagem cultural com que o estudante chega à universidade para dar corpo às propostas de transformação do ensino médico. Essa é uma preocupação que aparece atualmente associada a instituições que pretendem efetivamente produzir mudanças na formação e é uma tendência entre muitos autores envolvidos com a transformação da educação médica: conhecer melhor o estudante de medicina e, da mesma forma, o docente, bem como diagnosticar as condições institucionais para oferecer uma melhor formação²³. Ao reconhecer nos estudantes a capacidade de comportar-se como agentes da sua formação, essas instituições demonstram um esforço para superar uma concepção corrente de reduzir o aluno a ‘objeto’ ou ‘produto’ do ensino e assumem o desafio de propor estratégias de aprendizagem que potencializem seu protagonismo para as transformações desejadas (Ferreira & Cols., 2000).

O estudo relatado, além de características socioeconômicas compatíveis com as classes sociais com maior poder aquisitivo, mostrou um perfil de origem metropolitana dos estudantes, uma predominância de escolha da profissão pela possibilidade de realização e/ou aptidão pessoal, a expectativa de exercício liberal da profissão, em áreas de especialidades, entre outros resultados. Embora com achados qualitativamente semelhantes àqueles encontrados em outros estudos, os autores identificam questões que apontam limites e possibilidades para a própria instituição.

²¹ O programa relatado iniciou em 1993 e é posterior, portanto, às atividades de avaliação que a mesma instituição já estava fazendo por decorrência do projeto CINAEM, cujo escopo e marco teórico são significativamente mais ampliados.

²² Há uma contradição visível nessa transposição, já que, mesmo nos enfoques mais conservadores a respeito da formação médica, argumenta-se que os procedimentos de seleção e as atividades de ensino (curriculares e extracurriculares) são decisivos para “talhar” o médico. A identificação de estudantes que representam “riscos à sociedade” somente ao final do curso indica incapacidade ou omissão dos professores e das instituições formadoras. Sem dúvida, é necessário que se avalie o estudante. A naturalidade com que se propõe essa como a única estratégia de avaliação capaz de garantir bons médicos é que chama a atenção e mostra uma contradição interna na lógica em que se sustentam essas proposições. Pode-se supor que, embora sejam reconhecidos problemas nos processos de formação, há a crença em uma “indole” ou “essência” prévias ao ingresso na escola médica, que tornariam o estudante capaz de absorver (assujeitar-se) ao discurso e à clínica médica apesar de problemas no contexto da formação.

²³ Não há uma continuidade linear nas concepções, lógicas e condições de formação no ensino superior, o que tornaria desnecessária sua avaliação continuada e “natural” a avaliação focada nos estudantes. As universidades são suscetíveis a influências das lógicas vigentes nas sociedades e processos de avaliação institucional têm mostrado não somente falhas importantes nos processos de formação universitária, como também grandes desafios para a reconfiguração da universidade contemporânea, como também para a docência. Mais do que a oportunidade de realizar essas avaliações mais gerais das universidades, de forma continuada, há o desafio da identificação das fragilidades atuais dessas instituições e a construção de novos conceitos e institucionalidades, como a universidade pós-moderna e o intelectual público para atuar no seu interior e fomentar protagonismos e capacidade de produção crítica (Leite e Cols., 1998).

Em relação aos limites, apontam que a reestruturação do curso médico não mostrou a efetividade desejada, já que algumas características que as mudanças propunham contornar, principalmente no que diz respeito à tendência à especialização, têm se mantido e, principalmente, aumentado conforme a progressão do estudante nas diversas fases do curso. Em relação às possibilidades, os autores identificam uma “consciência aguda do mercado” nas respostas, em que o estudante percebe a “necessidade” de estabelecer relação triplíce no mercado de trabalho: como profissional assalariado, como autônomo (prestando serviços a instituições e/ou planos e seguros de saúde) e como profissional liberal. Embora menos de 20% dos alunos tenham declarado que a configuração do mercado de trabalho tenha sido a motivação de sua escolha pela profissão médica, mais de 80% dos estudantes reconheceram a necessidade de um emprego no sistema público de saúde²⁴. A escolha da profissão por interesse científico, que poderia explicar uma opção prévia pela especialização, somente foi declarada por 15% dos estudantes no início do ciclo clínico e por 18% dos que estavam concluindo o internato. Entretanto, 79% dos estudantes no início do internato e 84% deles ao final do internato indicavam a preferência por especialidades em outras áreas exceto aquelas denominadas de “especialidades raízes”²⁵ (Campos e cols., 1997). Esses dados apontam para a necessidade de que a formação médica inclua o conhecimento do sistema público de saúde e o aprendizado prático nos seus espaços, que é o campo de exercício profissional disponível para os médicos.

Mais do que isso, os dados apontam a necessidade de um olhar externo para a avaliação das escolas médicas, já que as tradições e os equilíbrios nos jogos de interesse tem permitido pouco impacto nas transformações do ensino e do perfil profissional, particularmente na sua orientação para o mercado de trabalho real, no qual os profissionais egressos das escolas médicas terão que se inserir. Ao contrário, a formação parece contribuir para o fortalecimento de um progressivo distanciamento das expectativas dos estudantes em relação a uma formação mais geral e orientada para o mercado real de trabalho, embora tenham clareza de que terão de atuar nele. Para além da recomposição dos “campos” de conhecimento e da incorporação de novos conhecimentos, relativos ao funcionamento de atuação profissional dos profissionais de saúde, uma participação mais protagônica desse “mercado” na formação desses profissionais parece fazer-se muito necessária.

Conforme foi descrito, dos quatro artigos encontrados que abordam explicitamente a questão da avaliação do ensino médico, o único Editorial que o faz fortalece a necessidade de avaliação terminal do desempenho clínico do estudante, embora descreva outras abordagens também necessárias, que devem ser implementadas como “fruto de uma negociação entre avaliadores e avaliados” [RAMB, 45(3): 198]. Os dois Artigos Originais relatam os resultados de pesquisas de avaliação do desempenho dos estudantes e do seu perfil e expectativas estudantes frente ao curso e à profissão médica. Um Artigo de Revisão trata de novas tecnologias de ensino, com o relato do uso da Internet em uma disciplina curricular da fase pré-clínica do curso. Embora infreqüentes e com abordagens metodológicas tradicionais, os artigos da RAMB sobre a avali-

²⁴ Algumas pesquisas têm identificado a configuração atual do mercado de trabalho em saúde. Dados da Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar (PNAD) realizada em 1998 pelo IBGE (IBGE, 2000), mostram que somente 24,5% da população está vinculada a algum Plano ou Seguro de Saúde para obter a cobertura de alguns procedimentos de saúde. A maior parte deles está na condição de dependente de um titular vinculado à indústria ou a empresas: está na faixa dos adultos jovens; é residente em centros urbanos; possui estado de saúde considerado “bom” ou “muito bom” e conta com rendimento mensal de mais de 5 salários mínimos. A pesquisa mostrou que o sistema público de saúde é a escolha da maior parte da população para a busca de procedimentos, inclusive por pessoas cobertas por planos e seguros privados de saúde. Além disso, pesquisas especificamente sobre o mercado de trabalho médico no Brasil mostram que atualmente a vinculação com o sistema público é a alternativa de trabalho para a grande parte dos médicos (assalariamento), além da sua inserção na rede de planos e seguros privados de saúde (como prestador “autônomo” de serviços), o que frustrou a expectativa pelo real exercício liberal da profissão (Machado, 1997)

²⁵ “Especialidades-raíz” ou “especialidades básicas” (medicina interna, pediatria, cirurgia geral e gineco-obstetrícia) são definidas por Campos e Cols. (1997) como aquelas que deram origem a um “campo de competências” constituído por conhecimentos mais gerais de todas especialidades médicas. As demais especialidades deveriam ser caracterizadas, portanto, pelo domínio dos conhecimentos e habilidades do campo de competências da especialidade-raiz e daqueles do seu “núcleo de competências” exclusivas. Entretanto, conforme registram os autores, o primeiro domínio, mais geral, tem sido perdido no processo de especialização conduzido pelas entidades corporativas e fomentado pelas políticas de remuneração da força de trabalho em saúde, o que é responsável por uma “declinante capacidade resolutive dos profissionais altamente especializados” (p. 144).

ação do ensino médico e as tecnologias de ensino trazem à cartografia idéias importantes, mesmo que secundárias na abordagem com que foram apresentadas: há insuficiências no processo de ensino que transcendem as características dos alunos; atividades de avaliação discente podem ter uma potente capacidade de fazê-los evidenciar os limites atuais do conhecimento médico e a necessidade de transversalidade com outras áreas e de protagonismo na *tecitura* de respostas para orientar suas práticas profissionais; o “avanço” no conhecimento biomédico e a especialização são insuficientes para orientar a formação e as estratégias de avaliação do ensino; as transformações do cenário atual implicam, para além da disposição formal para produzi-las, mudanças mais profundas nessa instituição tão perene: a escola médica.

Um único Artigo Original, entre aqueles que tratam especificamente sobre o ensino médico, aborda os cenários extra-hospitalares no contexto dos métodos pedagógicos para a aprendizagem em medicina. Trata-se do relato das atividades práticas de uma disciplina de Políticas de Saúde oferecida aos alunos dos primeiros semestres de uma faculdade privada no interior de Minas Gerais [RAMB, 47(4): 320-4]. Essa disciplina, também oferecida aos alunos do curso de enfermagem, foi inserida no currículo de graduação em medicina daquela faculdade no ano de 1994, compondo um conjunto de estratégias do projeto de reforma curricular para a “formação mais generalista de seus egressos e inspirada em um modelo de saúde universalista e comprometido com uma maior equidade social” e para a superação da “excessiva tecnologização associada à desumanização do ato médico” [RAMB, 47(4): 320].

No relato estão registradas algumas dificuldades enfrentadas para constituir “um campo empírico” para o exercício de atividades práticas da disciplina, que proporcionasse “uma visão abrangente e dinâmica do Sistema de Saúde em funcionamento no município”. Entre as dificuldades apontadas, tem destaque a “descontinuidade frustrante e antipedagógica” dos contatos que permitiam as “visitas” aos serviços pelos alunos até o ano de 1999. No planejamento das atividades para aquele ano, a demanda dos alunos foi de ampliação das atividades práticas junto ao sistema de saúde, com maior atuação no mesmo e não apenas sua visitação. A demanda incluía a “observação do funcionamento do atual sistema de saúde”, mas também a possibilidade de envolvimento direto, de responsabilização e de “emocionar-se” com “a saúde individual e coletiva para o futuro exercício profissional em medicina” (p.321).

A escolha de uma creche comunitária com forte participação da população, de acordo com o relato apresentado, foi decisiva para garantir a qualidade das ações desenvolvidas. Segundo a avaliação realizada ao final do primeiro ano de implantação, os estudantes puderam vivenciar a atuação das unidades de saúde, sua articulação com os demais serviços e as particularidades do sistema municipal de saúde, bem como fortalecer “seu compromisso social, sua capacidade de trabalhar em equipe e de respeitar o saber popular em suas ações de educação em saúde” (p. 323). Restou fortalecido o vínculo da Faculdade de Medicina com a instituição escolhida, garantindo a possibilidade de continuidade das atividades da disciplina, e um incremento da participação dos alunos, uma vez que as seleções para estágios de monitoria para acompanhar as atividades de campo, abertos para estudantes de outras etapas mais adiantadas do curso, tiveram grande procura²⁶.

Essa experiência relatada mostra dispositivos sendo operados no cenário do ensino e produzindo mudanças. Mesmo que em períodos iniciais do curso, o contato precoce com colegas de outras profissões no espaço dos serviços (a *vivência* do mercado de trabalho, tal como se apresenta aos seus trabalhadores e aos seus usuários), produz marcas potentes para fortalecer um compromisso ético com a situação de saúde, com

²⁶ O ensino centrado nos hospitais universitários é um “ponto fraco” da formação de profissionais em saúde, responsável pelo fracasso de grande parte dos projetos de reforma no ensino. “A crise contemporânea da clínica explica-se em grande parte pelo fato de tanto o ensino, quanto a assistência e a pesquisa terem se centrado quase que exclusivamente” no hospital universitário especializado, onde se fortalece a transposição que faz com que a especialização seja transformada na própria medicina (Campos, 1999: 190). É evidente, portanto, que “a recuperação da clínica depende da ampliação dos espaços onde foi sendo encerrada” (p. 191). Adicionalmente, esse deslocamento dos espaços que concentram a formação clínica, segundo esse autor, transforma também os serviços, já que a firmatura de relações entre a formação e os serviços implicariam em negociações e acertos entre as partes, envolvendo a própria resolutividade dos serviços. As reacomodações e a aproximação entre os hospitais universitários, a formação dos profissionais de saúde e os serviços públicos de saúde tendem a produzir uma transformação nos saberes e práticas que orientam a clínica e a saúde pública, ampliando o campo de saberes, de responsabilidades e de práticas dos profissionais e dos serviços. Suscitaria, desse ponto de vista, a reconfiguração da clínica em uma “clínica ampliada” (Campos, 1999).

os recursos assistenciais e com a articulação entre os serviços e com outras instituições sociais, bem como com a articulação dos saberes no interior do sistema de saúde. O que parece estar indicado nessa experiência relatada é um efeito pedagógico que fortalece a emergência de um sujeito protagonista (com um protagonismo eticamente orientado) em substituição ao discurso ventríloco da autonomia²⁷. Transformar as condições de surgimento e de vigência da prática discursiva sobre a doença, que se unificou e deu origem à *experiência clínica*, conforme identificada na origem da clínica moderna por Foucault (1980), parece ser condição de possibilidade para a emergência de outras possibilidades de protagonismo.

Algumas avaliações mais gerais, encontradas em artigos que não têm como foco específico o ensino médico, abordam esse aspecto. Essas avaliações dizem da especialização precoce, da tecnologização exagerada e das interferências que o processo histórico tem produzido no ensino e na prática médica. Um Artigo Original aborda a questão dos hospitais universitários [RAMB, 47(2): 149-56], mas mais do que sua importância no ensino, destaca questões relacionadas a sua organização e sua não inserção na rede de serviços. No que se refere ao ensino, esse artigo aponta que, atualmente, os hospitais universitários têm se mostrado prescindíveis, já que as práticas de saúde fora deles são muito mais ricas para a aprendizagem, além de que existe uma tendência importante de “desospitalização” no atendimento às doenças. Dessa forma, “é mais adequado conduzir o ensino em saúde pela prática do que proceder ao caminho inverso”, que é a influência que os hospitais universitários têm mostrado mais capacidade de exercer. E nesse contexto, sua influência, mais do que desnecessária, é negativa, já que, segundo o artigo, os hospitais universitários têm se mostrado, em muitos países, reativos à incorporação à rede de serviços, têm custos, estrutura e funcionamento desnecessariamente mais caras e de difícil gestão, inclusive pelas próprias universidades a que estão vinculados. Normalmente incorporam tecnologias sofisticadas para realizar suas pesquisas de ponta, que induzem posteriormente a demanda assistencial às ações que têm capacidade de oferecer, trazendo problemas para o financiamento, bem como a transposição das práticas incorporadas no seu interior para os demais espaços de atuação do sistema de saúde²⁸.

Embora sejam instituições que mobilizam uma grande expectativa assistencial em expressiva parcela da população, muitas vezes em decorrência da oferta de ações e tecnologias sofisticadas e desnecessárias que oferecem, “os hospitais universitários são fontes de prestígio e poder da classe médica e estão sujeitos ao forte controle dos grêmios de profissionais de saúde, (...) fazendo com que sejam vulneráveis ao velho dilema da apropriação privada do espaço público por grupos de interesse” (p. 155). Isso faz com que haja uma tendência internacional de integrá-los, mesmo que compulsoriamente, à rede de saúde, segundo o artigo. Trata-se do reforço da idéia de diversificação dos ambientes de aprendizagem, já apontada de forma reiterada. O hospital médico, que está na origem da biomedicina, é apontado por reiteradas opiniões internas à própria corporação, como desnecessário e inadequado à formação dos médicos. Diz-se que as práticas de saúde que acontecem fora dele são mais “saudáveis” para o aprendizado da medicina.

²⁷ Diversos autores (Donnangelo, 1975; Starr, 1991; Schraiber, 1993; Machado, 1997) têm demonstrado como, sob a designação de “autonomia”, relacionam-se questões de domínio técnico (relativo ao monopólio do saber) e econômico (relativo ao controle processo de trabalho, inclusive sua localização no mercado) da medicina. O domínio e o monopólio do seu campo de conhecimentos, por meio da unificação da base cognitiva e pela padronização de condutas e o disciplinamento corporativo, que se originaram com o surgimento da biomedicina, tornaram a medicina, no projeto social da modernidade e, particularmente, com o surgimento do capitalismo, uma profissão “paradigmática” (no sentido de deter uma condição idealizada pelas demais profissões) e uma exceção (já que alcançou uma situação singular de poder econômico e cultural), segundo analisa Starr (1991). Entre outras finalidades, vê-se que essa autonomia encobre um processo de atuação política da corporação médica entre as práticas sociais e, no que se refere à possibilidade autônoma de tomada de decisões relativas à assistência ao doente, trata-se do desempenho privado, caso-a-caso, dos padrões coletivos de conhecimentos e tecnologias produzidos a partir da unificação do saber sobre a doença, traduzidos como *experiência clínica*.

²⁸ Os hospitais universitários têm sofrido importantes reflexos da lógica da especialização no seu funcionamento, que tendem a interferir também no sistema de saúde e na própria prática clínica. À tendência de incorporação desordenada de tecnologias, agregam-se algumas consequências, como a priorização ao trabalho em determinadas fases específicas da doença (diagnóstico de doenças mais complexas, tratamentos mais sofisticados), a fragmentação do processo de trabalho em dezenas de especialidades e a própria fragmentação do ato clínico, que, no seu conjunto, tendem a incorporar “onerosos arsenais diagnósticos e terapêuticos que nem sempre implicam uma responsabilidade integral com a cura ou a reabilitação dos pacientes”. Além disso, os hospitais universitários tendem a assumir também o atendimento de menor complexidade em algumas situações clínicas. Incorporam-se desordenadamente tecnologias, conhecimentos e práticas fragmentadas, custos desnecessários e, como resultado, não há contrapartida de resolutividade assistencial, sequer no que se refere à humanização do atendimento (Campos, 1999)

Um Editorial, cujo foco é o contexto atual do campo das práticas profissionais, aborda secundariamente a questão da formação médica, com informações relevantes sobre esse tema [RAMB, 47(2): 85-6]. Nesse artigo, está apontada “uma defasagem entre a medicina ensinada e a praticada”. Os problemas do ensino médico seriam recentes e derivados da qualidade da formação recebida pelos estudantes e dos “modelos” de profissionais aos quais são expostos, já que “até um passado recente, colegas descrevem (...) um ensino primoroso, com mestres que ensinavam a importância da relação médico-paciente, o valor da anamnese e do exame clínico minuciosos e, além disso, a intangibilidade do segredo profissional”. Atualmente, segundo o artigo, a “abertura desenfreada e desestruturada de novas escolas médicas resultou em salários aviltantes de professores e funcionários e no sucateamento de equipamentos e instalações”, o que estaria prejudicando a formação dos alunos e desestimulando a carreira docente. Esses são dois argumentos utilizados muito frequentemente nas publicações médicas nesse período.

É consenso nas fontes analisadas a identificação como um “problema” da formação médica a “proliferação desordenada” de escolas médicas. Alguns textos, normalmente aqueles com caráter mais analítico ou descritivo, associam esse “problema” a *déficits* de densidade técnica das práticas, pelo “sucateamento” da capacidade de ensino, do volume *necessário* de conhecimentos, por parte das instituições formadoras e da aprendizagem das capacidades para associá-los adequadamente por ocasião de sua aplicação. Essas perspectivas estão fortemente presentes nas discussões sobre a importância das “evidências científicas” ou da “experiência clínica” na formação e na prática médica, conforme analisado na seqüência. Em outras situações, normalmente nas notícias veiculadas pelos jornais das entidades médicas, a ampliação “desenfreada” de escolas médicas, mais do que implicações na formação técnica dos médicos, produz desordens no campo das práticas: é o “excesso” de profissionais que chega ao mercado a sua principal consequência e esse excesso têm, segundo essas fontes, um efeito intrínseco sobre o trabalho médico. Principalmente nos documentos de circulação pública, diz-se que um dos efeitos desse desordenamento implica em diminuição da qualidade das ações médicas oferecidas à população²⁹.

Um Artigo Especial, que aborda principalmente a organização do trabalho médico [RAMB, 44(1): 28-34], analisa as influências da organização e dos ritmos de trabalho durante a residência médica, fase do aprendizado que alguns autores caracterizam como a transição da “medicina de livros” para a “medicina vivida” (Bonet, 1999). Segundo esse artigo, a residência médica, da forma como está estruturada atualmente na maioria dos países, gera estresse, sofrimento, doenças e, mesmo, tem efeitos negativos na capacidade cognitiva dos residentes, devendo ser revista para garantir uma formação mais adequada de profissionalização dos médicos.

3.2. Evidências para o ensino e para a clínica

Uma discussão importante, enfocando a relevância da experiência pessoal do médico para o exercício da clínica, mobilizou expressamente a publicação de sete artigos na RAMB, sendo dois Editoriais, três Artigos Especiais e dois Artigos de Revisão. Também mobilizou a veiculação de matérias no Jornal

²⁹ Embora sejam variados os parâmetros utilizados para definir o número adequado de profissionais necessários para o suprimento das necessidades de saúde da população, normalmente por decorrência do ponto de partida das análises que procuram estabelecer essa relação (interesse corporativo, perfil de adoecimento, perfil demográfico da população a ser atendida etc.), há um consenso que algumas localidades do país, em praticamente todos os estados brasileiros, apresentam insuficiências quantitativas importantes de profissionais, até mesmo constatando-se a inexistência de qualquer profissional ou serviço. Há, portanto, insuficiência de profissionais, mesmo que em territórios localizados. Para a corporação médica e para algumas agências governamentais esse é apenas um problema de distribuição, tanto que recentemente foi desencadeado um programa federal de “interiorização” dos profissionais de saúde pelo Ministério da Saúde com amplo apoio das entidades médicas. Esse programa pôs fim a uma discussão sobre a presença de profissionais estrangeiros no país, classificada como irregular por desrespeitar a legislação que atrela o exercício profissional ao registro nos Conselhos, mas também como uma disputa de mercado de trabalho. Vê-se, portanto, que a “proliferação” de escolas têm, pelo menos, dois componentes: um sobre a formação e outro relativo à oferta de profissionais.

Medicina. Essa questão, que têm impacto nas formulações sobre o ensino oferecido nas escolas médicas, sobre as estratégias de desenvolvimento continuado, sobre a permeabilidade da medicina a outras racionalidades e também sobre o exercício cotidiano da clínica, teve origem, nas fontes analisadas, num editorial com o sugestivo nome de *Ensino à beira do leito: uma verdade inabalável* [RAMB, 44(3): 167-8]. Segundo esse Editorial, um dos problemas associados ao “enorme progresso da medicina” nos últimos anos é o comprometimento da “relação médico-paciente e do respeito às condições socioculturais dos doentes” que decorre do privilegiamento da tecnologia de ponta e da exacerbação do “caráter tecnicista da medicina” em detrimento do “caráter humanista” na formação e no exercício da clínica. O ensino médico, de acordo com o artigo, estaria sendo transformado por uma “desqualificação” no corpo docente das escolas médicas, associado à transferência do “ensino à beira do leito para anfiteatros e laboratórios de simulação, situações em que não há a relação médico-paciente”, que é o “momento ideal” para “treinar a capacidade dos alunos no diagnóstico e na terapêutica, mas também uma oportunidade única de ensinar e pôr em prática a ética e o profissionalismo”. O Editorial afirma que o “surgimento” da medicina baseada em evidências, “apregoadada por quem não tem formação e vocação para o ensino e exercício da medicina como ciência e arte”, dá ênfase exagerada para um aspecto da clínica que não é novo: “os que exercem a prática médica sempre o fizeram baseados em evidência, porém com a experiência clínica, que é insubstituível”. O editorial apregoa a formação do estudante de medicina fundamentada numa visão holística do doente, já que “a experiência clínica é fundamental nas decisões e no ensino médico (...), a medicina fundamenta-se na vivência, no tempo que se passa ao lado do doente, e não na coletânea de dados cuja origem pode ser discutível” (p. 168).

Esse Editorial mobilizou uma sucessão de outros artigos sobre a importância de “evidências” e de “vivências” na formação e na prática médica. Um Artigo Especial, publicado no número seguinte, procura sistematizar o “método” da decisão fundamentada na experiência clínica, que o autor denomina de *raciocínio clínico* (“um método científico hipotético-dedutivo”) e identifica como “uma função essencial da atividade médica” [RAMB, 44(4): 301-11]. Fica, assim, assegurado à experiência clínica um estatuto científico, suficiente para lhe garantir credibilidade no paradigma vigente. Segundo o autor do artigo, “a eficiência do atendimento médico é altamente dependente da análise e síntese adequadas dos dados clínicos e da qualidade das decisões envolvendo riscos e benefícios dos testes diagnósticos e do tratamento”. Dois componentes constituem esse processo de decisão: o conteúdo, “uma base de conhecimento rica e extensa que reside na memória do médico” e “o método de aplicação do conhecimento utilizado pelo médico, na busca de uma solução do problema do paciente” (p. 301-2). Esse método hipotético-dedutivo é apresentado com um processo que envolve a delimitação do problema clínico, a formulação de hipóteses diagnósticas, a testagem dessas hipóteses a aferição de resultados e a síntese desse processo, que se acumula na experiência clínica do profissional e fortalece o fluxo na solução dos problemas clínicos subseqüentemente identificados. Esse processo é orientado por princípios lógicos operados pelo médico, que precisa ter em mente que o problema demonstrado pelo doente “é real e existe; a doença é apenas um construto lógico, um agrupamento conveniente, sem nenhuma outra existência além dessa” (p. 307). Essa ressalva é enfatizada para reiterar a importância da experiência clínica (mais do que o *acúmulo* de dados) na localização de particularidades relativas ao doente, aos seus problemas e às doenças (descritas como o ordenamento “lógico” de sinais e sintomas) na decisão dos procedimentos mais adequados àquele doente “real” que está sob seus cuidados. Segundo o autor, “apesar dos esforços da medicina moderna em procurar estabelecer o melhor tratamento para cada doença em particular, a escolha terapêutica é influenciada pelas condições clínicas do paciente, pela presença de doenças intercorrentes, complicações, riscos terapêuticos, disponibilidade de recursos, custos e experiência do médico” (p. 308). A *experiência clínica* é definida, portanto, como a síntese cientificamente constituída a partir do exercício da prática e a absorção dos conhecimentos sistematizados que orienta o médico a interagir e compreender o problema específico de cada doente, processo que inclui a configuração específica dos sinais e sintomas que caracterizam cada doença.

É importante destacar que discussões sobre a configuração da “experiência clínica” não são novas na análise da medicina, particularmente esse confronto entre o exercício de um *script* mais padronizado com

vestes de ciência *versus* uma produção mais *artesanal* com maneiras da arte³⁰. A combinação de argumentos e descrições que associem os desígnios de ciência e de arte para a medicina iniciou-se, provavelmente, na sua própria origem, mas fortaleceu-se muito com a instauração do paradigma biomédico, quando uma determinada configuração de ciência colonizou as outras dimensões da clínica. Tal desconforto é subjacente em diversos dos artigos analisados na publicação científica dos médicos. De todo modo, um editorial denunciando expressamente a colonização de uma pela outra dessas dimensões desencadeou, como “efeito rebote”, uma série de artigos, inclusive outro Editorial, já citado, no número que marca o anúncio da mudança no perfil editorial da revista. Além desse segundo Editorial, dois Artigos Especiais [RAMB, 45(3): 247-54; RAMB, 46(3): 285-8] e dois Artigos de Revisão [RAMB, 46(3): 237-41; RAMB, 47(2): 165-8] abordam esse tema como seu foco principal.

Além desses, também merecem destaque duas matérias, na realidade artigos assinados, publicados no *Jornal Medicina*, que tratam do mesmo tema [MED, 81: 14-5; MED, 103: 18-9]. Em todos os artigos, um padrão comum de argumentos procura recolocar a dimensão de “arte” (referida como a *experiência clínica*) no binômio com a ciência (localizada na *evidência clínica*) para o exercício da medicina. Esse padrão de argumentos, que responde à acusação de que estaria havendo a supressão da *experiência clínica* nas novas proposições acerca do ensino e da prática médica, substituída por evidências obtidas de pesquisas clínicas, não recoloca a experiência do profissional no centro da decisão clínica; assegura-lhe apenas a existência como um atributo necessário à eficácia das decisões. O desafio que está enunciado nesses e em diversos outros artigos é o de aprofundar a ciência, conforme configurada no modelo biomédico, sem perder a arte, mas uma arte reinventada pela ciência (a “arte” ressignificada como a capacidade de aplicar a melhor evidência científica). Para isso, reconfigura-se o conceito que desencadeou a discussão, amplia-se seus domínios, mostra-se um conjunto de benefícios que o novo “paradigma” pode trazer à medicina e, principalmente, define-se o “novo paradigma” como aquele que detém a melhor tradução da racionalidade médica.

Relativamente ao conceito, diz-se que a Medicina Baseada em Evidências é a “prática da medicina em um contexto em que a experiência clínica é integrada com a capacidade de analisar criticamente e aplicar de forma racional a informação científica de forma a melhorar a qualidade da assistência médica” [RAMB, 46(3): 285]. Assim, enfatizando “a necessidade de evidências clínico-epidemiológicas *sólidas* para decisões clínicas, a medicina embasada em evidências forma a estrutura para a integração dos resultados na prática clínica” [RAMB, 45(3): 247]. Dessa forma, já que “a boa prática médica requer a integração da ciência e da arte” a MBE pode “contribuir para a formação de profissionais capazes de selecionar adequadamente a fonte do conhecimento e de avaliar criteriosamente como se transferir informações para a prática médica” [RAMB, 46(3): 287]. Ou, dito de outra forma, a medicina caracterizar-se-ia pelo “saber científico” e pela “arte de aplicá-lo para o bem dos pacientes” [RAMB, 45(3): 248]; assim, “a ciência é a arte da medicina” [RAMB, 47(2): 165]. Entretanto, é importante observar que “a linha divisória entre a ciência e a arte nem sempre é nítida” [RAMB, 46(3): 237]. A dimensão de arte equivale à capacidade de “selecionar adequadamente” os conhecimentos que serão utilizados, bem como de “avaliar criteriosamente” a forma de “aplicar” esse conhecimento na clínica. A arte, definida inicialmente como um conjunto de atributos do médico necessários para engendrar uma “boa” relação médico-paciente e a docilização do usuário das ações médicas (seu submetimento ao discurso do médico, ou seja, da prática e do conhecimento do médico), passa a ser definida como a capacidade de combinar as “melhores evidências” para o diagnóstico e o tratamento de cada doença.

³⁰ Nos primórdios da história da medicina, o grego Hipócrates (conhecido como o “pai da medicina”), apregoava a seus discípulos a observação e uma interação personalizada com o doente, já que, mais importante do que as similaridades entre as manifestações das doenças eram as diferenças que cada situação clínica produzia em cada doente e, portanto, era preciso individualizar os tratamentos, para potencializar as capacidades de cada indivíduo. Da Grécia antiga para a Roma antiga, passa-se dessa capacidade artística de combinar a totalidade do indivíduo, seus sintomas e os efeitos de determinados procedimentos a uma tecnologia mais sistemática, configurada pela descrição mais metódica dos sinais e sintomas e dos efeitos das terapêuticas produzidas. O médico romano Cornelius Celso, que também influenciou a medicina desde o seu tempo, defendia que a cura derivava da rigorosa aplicação de terapêuticas pelo médico (Botsaris, 2001). Diversas correntes de pensamento originaram-se dessa divergência e mantêm-se até os dias atuais.

Ao examinar a argumentação utilizada nos textos, relativa ao contexto que justifica a necessidade de um “novo paradigma”, para delimitar o problema a ser resolvido na medicina, tal qual é praticada atualmente, pode-se tornar o foco dessa disputa mais visível. Diz-se que a Medicina Baseada em Evidências é necessária por decorrência de uma série de problemas com a medicina que vem sendo praticada corriqueiramente. Os argumentos podem ser agrupados em pelo menos oito blocos discursivos:

- Dúvidas e incertezas na prática clínica³¹: o “inquestionável” desenvolvimento da ciência e da tecnologia permite um leque muito grande de possibilidades, renovadas a cada momento, que não são de domínio de todos os que exercem a medicina [MED, 103: 18]. Há, portanto, “incerteza nas decisões clínicas” e “as ações no manejo dos pacientes são freqüentemente adotadas sem o conhecimento sobre seu real impacto” [RAMB, 45(3): 247]. Mesmo utilizando-se das “melhores” evidências existentes em cada momento e realizando as escolhas “mais racionais” possíveis, não há possibilidade de “total acurácia na predição clínica, uma vez que os procedimentos incidem em sistemas biológicos complexos e mutáveis”, o que faz com que a “melhor escolha” também seja variável com o tempo. Entretanto, “tal fato deve gerar humildade na manipulação da ‘verdade’ científica, não sinônimo de ignorância, fraqueza ou falha, mas fruto da mutabilidade do saber e da ciência” [RAMB, 46(3): 240];
- Controvérsias no âmbito da terapêutica médica: situações entendidas como similares (mesmas *doenças*) têm propostas terapêuticas diferenciadas em recomendações de especialistas e/ou fontes de pesquisa médica, o que é apresentado como justificativa de diferenças na resposta clínica. A explicação apresentada é de que “essas controvérsias são geralmente resultados da falta de ensaios clínicos adequados e/ou de revisões sistemáticas bem elaboradas” [MED, 81: 15];
- Riscos e custos das ações médicas: as novas técnicas e os novos conhecimentos “trazem consigo riscos e custos nem sempre compensados pelos benefícios esperados”. Como exemplo, “estima-se que apenas metade das intervenções médicas atualmente disponíveis tenha sido avaliada com metodologia confiável” e, dessas, “menos da metade mostrou-se efetiva”³² [RAMB, 45(3): 247]. “Não podemos mais nos contentar em extrapolações baseadas na lógica derivada de dados experimentais, mas sim requerer provas sólidas e robustas de que um fator específico causa uma determinada doença ou de que um tratamento é efetivo” [RAMB, 47(2): 168];
- Tendência ao “tecnicismo intervencionista”: os avanços da medicina, principalmente no Século XX, produziram uma expectativa nos médicos e pacientes de alta eficácia, que “tende a estimular um caráter intervencionista na prática médica” e a estimular a introdução de “novas tecnologias, com freqüência de alto risco ou de alto custo, e cujo real impacto é pouco conhecido” [RAMB, 45(3): 247];

³¹ Em um artigo analisando o “movimento” em torno da Medicina Baseada em Evidências, Castiel & Póvoa (2001) identificaram a tentativa de diminuição das incertezas no processo clínico (diagnóstico, terapêutica e prognóstico) como a principal motivação e o principal estímulo do surgimento de tão forte (e “mais um”) “rebento dos domínios tecnobiocientíficos”; que vêm marcando a medicina e as demais áreas de conhecimento racionalista, próprios do pensamento contemporâneo ocidental. Essa justificativa (e também o desconforto que produz) justificou a estratégia de criação/ampliação dessa *expertise* médica (não no sentido de habilidades práticas demonstráveis, mas como a capacidade de propor justificativas consistentes em uma faixa de domínio específico) que orienta o processo de incorporar padrões maiores de inteligibilidade (clareza/precisão) à clínica tradicional.

³² Esse argumento, também utilizado em outra referência [MED, 103: 18-9], teve resposta textual num artigo publicado no Jornal Medicina [MED, 111: 8-9], cujo autor entende que há uma promessa demasiado pretenciosa nessa “cientificidade” que pretende embasar a clínica. Segundo esta fonte, o fato de que somente 25% dos procedimentos médicos utilizados atualmente estarem sendo avaliados como eficazes mostra que é mais provável que existam equívocos nos pressupostos utilizados em tais avaliações, já que as práticas somente se mantêm à medida que apresentam algum resultado. Os equívocos provavelmente decorram do “reducionismo mecanicista que determina toda a prática médica dita oficial” (p.8), que não reconhece a existência de fatores imponderáveis, para além do “embasamento científico da terapia e da formação técnica do médico” (p. 9) na eficácia dos processos de cura. Há, portanto, um viés de cientificismo e um excesso do racionalismo, próprios do paradigma biomédico vigente, que precisa ser superado, diz o artigo.

- Insuficiência da *experiência clínica* e do conhecimento biológico: a fundamentação do desenvolvimento da Medicina Científica nos dois últimos Séculos foi o “saber biológico vigente e [a] experiência clínica não sistemática”. Especialmente nas duas últimas décadas do Século XX, a limitação dessa fundamentação “ficou evidente, na medida em que não era possível avaliar benefícios, riscos e custos diretamente daquele saber científico, impossibilitando o julgamento objetivo das evidências para a escolha da melhor decisão clínica” [RAMB, 45(3): 248]. Por outro lado, a generalização dos resultados das intervenções individuais, que caracterizam a *experiência clínica*, “é impossível, (...) pois o profissional desconhece quais os fatores que contribuíram para o sucesso e quais os que determinaram a falha terapêutica” [RAMB, 46(3): 237]. Em síntese: “intuições clínicas, experiências não sistemáticas e racionalidade fisiopatológica não são sinônimo de boa evidência para direcionar condutas” [RAMB, 47(2): 167];
- Formação inadequada: “a imensa maioria dos clínicos obteve seu treinamento na prática clínica e acredita estar praticando a arte da medicina derivada de concepções, julgamentos e intuições, como também acredita estar praticando a parte científica da medicina derivada do conhecimento, lógica e experiência prévia” [RAMB, 47(2): 165]. É preciso aprender a aperfeiçoar constantemente o processo de decisão médica a partir da incorporação das “melhores evidências científicas”, dizem os artigos, para poder superar a forma tradicional e “pseudocientífica” de aprender: que consiste em “memorizar, regurgitar e graciosamente esquecer” [RAMB, 47(2): 168];
- “Conservadorismo” e “comodismo” na decisão clínica: o modo tradicional de decisão clínica, que consiste em buscar orientação de especialistas, livros-texto ou orientações consensuais para resolver problemas que transcendem a capacidade própria do profissional, privilegia “a experiência pessoal e a visão autoritária e magistral do especialista, em vez de realizar a busca ativa e crítica da melhor literatura médica disponível. Tal atitude não contempla a construção de uma interpretação própria, mas sim a aceitação da opinião de outros” [RAMB, 46(3): 237];
- Dificuldades dos médicos em “analisar e aplicar racionalmente” a informação científica: a aplicação de métodos e estratégias desenvolvidos nos últimos anos – a MBE – pode “fortalecer o alicerce científico do médico, sem desprezar os valores humanitários da profissão” [RAMB, 46(3): 285], o que se reveste da maior importância, já que na literatura médica há um enorme volume de informações disponíveis e sendo aplicadas, “muitas das quais inválidas e algumas vezes irrelevantes para a prática clínica” [RAMB, 47(2): 166].

Segundo os artigos citados, frente a esses problemas, que fundamentalmente evidenciam um “déficit” na utilização da “melhor” ciência disponível para a prática clínica, a MBE tem contribuído para “ampliar a discussão sobre o ensino e a prática da medicina”, configurando-se como “um movimento voltado para a formação de médicos com espírito crítico aguçado e aptos a manter o processo de educação continuada”, que tem “ajudado a definir novas estratégias e métodos didático-pedagógicos e a divulgar outros anteriormente desenvolvidos” [RAMB, 46(3): 285]. É necessário que as escolas médicas incorporem esse “paradigma” e, assim, contribuam “para a formação de profissionais capazes de selecionar adequadamente a fonte do conhecimento e de avaliar criteriosamente como se transferir a informação [científica] para a prática médica” [RAMB, 46(3): 287], seja ela exercida “à beira do leito ou em programas de prevenção na comunidade” [RAMB, 47(2): 168].

Além da disponibilidade de repensar e reorientar a prática médica, é necessário absorver conhecimentos de uma nova área de especialidades para exercer a Medicina Baseada em Evidências: a epidemiologia clínica. A epidemiologia clínica, que associa “o uso eficaz das inter-relações metodológicas entre a pesquisa clínica e a epidemiológica” [RAMB, 45(3): 247], é a “ciência básica” da “nova” medicina e permite

ao médico, no “manuseio dos pacientes”, diferenciar “resultados que são clinicamente úteis e verdadeiros daqueles que não o são” [RAMB, 47(2): 165]. Essa habilidade de “analisar independentemente a evidência clínico-epidemiológica”, derivada dos conhecimentos dessa nova disciplina, ainda “não faz parte do domínio da grande maioria dos profissionais em exercício clínico – nem sequer da maioria dos professores de faculdades de medicina” [RAMB, 45(3): 251]. Sendo assim, é necessário “treinar” médicos para “transferir conhecimentos derivados de bons estudos (alta qualidade e impacto significativo) à prática clínica diária, que requer arte e julgamento, o coração da medicina baseada em evidências” [RAMB, 47(2): 168].

Nessa perspectiva da Medicina Baseada em Evidências, como se verificou, está identificado um limite de eficácia na prática médica tradicional, atribuído a um “déficit” de articulação cotidiana entre as mais “robustas” possibilidades derivadas do conhecimento biomédico e as decisões clínicas. Mas também um “déficit” no método de produzir os conhecimentos mais “robustos”: é preciso fazê-lo a partir de uma escala que define, para cada objetivo ou problema, um desenho específico de pesquisa. O problema configurar-se-ia tão somente como uma crise interna ao paradigma, possível de solucionar com um avanço científico orientado pelo próprio paradigma, capaz de resolver ambigüidades residuais e problemas anteriormente “invisíveis” para os “cientistas normais” (Kuhn, 2001). Há um problema associado, entretanto, que é a necessidade de que esses novos conhecimentos e tecnologias, derivados da área especializada em destaque (a epidemiologia clínica) sejam absorvidos *homogeneamente* pelos médicos. A nova ordem do conhecimento e da prática médicas precisa ser absorvida de forma padronizada por todos os médicos, dizem os artigos. É preciso que os médicos deixem-se assujeitar por essa nova tecnologia, que supre os déficits daquela tecnologia que os assujeitou por ocasião do nascimento da biomedicina (a *experiência clínica*).

Mas essa discussão sobre os “avanços” necessários à medicina não aparece com uniformidade nas publicações médicas. E as divergências que aparecem transcendem as disputas internas pela *expertise* de definir/classificar/ordenar os melhores conhecimentos para a melhor clínica.

Além dos artigos que defendem a supremacia da *experiência clínica* no ordenamento das práticas médicas, o “paradigma” da Medicina Baseada em Evidências sofreu críticas em artigos, principalmente do *Jornal Medicina*, que buscaram mostrar a necessidade da racionalidade médica hegemônica deixar-se permeiar por outras racionalidades. Diz-se que há outras questões relativas ao modo de vida das pessoas e ao mundo do trabalho que redesenham as “evidências científicas” mais viáveis para a clínica exercida cotidianamente.

4. O TRABALHO MÉDICO, O CONTEXTO ATUAL E SEUS PROBLEMAS

Transformações sociais e o “avanço” do conhecimento e da tecnologia são duas questões enfaticamente registradas na maior parte das avaliações médicas sobre a situação atual da profissão. O desenvolvimento científico e tecnológico, que trouxe uma enorme ampliação das possibilidades para a clínica tal como a concebem os médicos e suas entidades, é a tônica da maior parte dos artigos que abordam novos estudos, o diagnóstico e o tratamento das doenças. Esses artigos não foram o material privilegiado nas análises que fazem parte desta Tese, como já foi registrado.

Mesmo nos demais artigos, grande parte das referências à situação atual da medicina enfoca as novas e mais precisas tecnologias disponíveis: “o inegável avanço tecnológico, a par do aprofundamento do conhecimento científico dos diferentes segmentos biológicos humanos, terminou por conduzir a medicina ao deslumbrante (...) universo expandido de conhecimentos”, bem como a uma “super intimidade dos fenômenos científicos”; também, é verdade, à “especialização anacrônica”, “ao predomínio da parte em detrimento do todo” e à necessidade continuada e exaustiva de formação e aprimoramento [RAMB, 47(2): 85].

Novos conhecimentos estão constantemente disponíveis e há alguma dificuldade em absorvê-los. Nesse contexto, surge uma tecnologia de “administração científica” dos conhecimentos mais válidos, mais “sólidos”, mais “robustos” e, portanto, mais relevantes para orientar homogeneamente a prática médica e há o destaque de novas sub-áreas do conhecimento. Como se viu, a Medicina Baseada em Evidências, que vem tendo destaque desde a formação dos profissionais, foi uma dessas estratégias. A expressão “evidências” começa a ser um atributo freqüente nos títulos e resumos dos artigos publicados³³: *aguardam-se evidências* para o tratamento cirúrgico no enfisema pulmonar [RAMB, 44(1): 1]; *divulgam-se evidências* para o tratamento da insuficiência cardíaca [RAMB, 44(2): 75]; *transferem-se evidências* da pesquisa clínica para a prática cardiológica [RAMB, 47(2): 165-8] etc..

Outra estratégia para contornar o problema da “administração” corporativa da absorção/regulação dos novos e abundantes conhecimentos disponibilizados à prática médica, intimamente associada à primeira (a MBE), foi apresentada em diversos números dos Jornais Medicina [MED, 124: 15; MED, 125: 11; MED, 127: 15; MED, 131: 15] e da Associação Médica Brasileira [JAMB, 1313: 3; JAMB, 1314: 9; JAMB, 1315: 7; JAMB, 1316: 9]. Freqüentes notícias anunciando a parceria entre as duas entidades no desenvolvimento de um novo projeto, chamado Diretrizes (AMB & CFM, 2001a), fizeram com que fosse necessário buscar o próprio documento divulgado para a análise.

O Projeto Diretrizes, realizado em conjunto pelo CFM e AMB, “tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico” (AMB & CFM, 2001a: 3): “é preciso que as diretrizes sejam conhecidas e adotadas pelos médicos de todo o Brasil”, reforça outra notícia [MED, 124:15]. Tratou-se, inicialmente, do desafio de elaborar um conjunto inicial de 100 normas técnicas com recomendação e contra-indicação de condutas (“ou ainda apontando a inexistência de informações científicas” que permitissem fazê-lo, conforme consta em AMB & CFM,

³³ Em maio de 2000, David L. Sackett, um dos principais criadores do “movimento” da MBE, publicou um artigo no *British Medical Journal* declarando que não mais participaria de qualquer atividade acadêmica, técnica ou científica relacionada à prática clínica baseada em evidências já que, segundo sua avaliação, havia um excesso de *experts* na área, induzindo excessivamente a produção científica, inclusive no que se refere à exclusão de financiamento ou de publicação de pesquisas e artigos não voltados aos interesses dos *experts*, além de uma banalização mercadológica para o comércio de produtos relacionados artificialmente à MBE (Castiel & Póvoa. 2001).

2001a: 4) para diagnóstico, tratamento e prevenção das principais doenças que geravam procedimentos clínicos e cirúrgicos de maior frequência e custo, segundo avaliação das sociedades de especialistas [MED, 124:15]. Esse projeto deu origem, posteriormente, a um convênio com o Ministério da Saúde, permitindo, segundo anunciado pelas entidades, que os profissionais sejam “capacitados e incentivados a adotar as novas condutas” [JAMB, 1315: 7].

Na avaliação das entidades, a metodologia e as características das normas elaboradas coloca o processo brasileiro “dentro dos padrões internacionais utilizados na atualidade por países como EUA, Canadá e Portugal, considerados vanguarda em trabalhos desse tipo” [JAMB, 1314:9]. Esse processo procurou, “de maneira ética e com rigorosa metodologia científica, construir as bases de sustentação das recomendações de conduta médica, utilizando-se os meios da ciência atual, de forma crítica e desprovida de interesse se não aquele que resulte na melhoria do binômio médico-paciente” (AMB & CFM, 2001a: 2). Tem como objetivo “favorecer o exercício da boa medicina”, oferecendo “aos médicos suporte científico para suas decisões profissionais frente aos pacientes, às fontes pagadoras e aos eventuais processos de responsabilidade civil” [MED, 124:15].

Segundo o documento analisado (AMB & CFM, 2001a), as recomendações oferecidas pelas diretrizes, elaboradas pelas Sociedades de Especialidades Médicas, são classificadas de acordo com a “força de evidência científica do trabalho” que lhe deu origem, o que equivale ao “desenho empregado na geração da evidência”. A classificação das evidências utilizou-se de fundamentos obtidos “nos centros de medicina-embaçada-em-evidências do *National Health Service* da Grã-Bretanha e do Ministério da Saúde de Portugal”, informa o documento. Segundo o projeto, associar às diretrizes o grau de recomendação obtido de cada referência tem como objetivo “conferir transparência à procedência das informações, estimular a busca de evidência científica de maior força, introduzir uma forma didática e simples de auxiliar a avaliação crítica do leitor, que arca com a responsabilidade da decisão frente ao paciente que orienta” (AMB & CFM, 2001a: 4). Nessa lógica de classificação, que tem origem na Medicina Baseada em Evidências³⁴, é importante ressaltar que as opiniões de especialistas em artigos ou capítulos de livros, isoladamente, alocam para as evidências que recomendam uma classificação baixa, menor até do que artigos com experiências feitas com animais. Observa-se uma mudança importante nas estratégias utilizadas até então para induzir padrões técnicos específicos nas intervenções médicas, fundamentadas em *consensos de especialistas* promovidos pelas respectivas Sociedades de Especialidades Médicas e de atividades de formação/atualização continuada. Nesse modelo, que é incorporado como “orientação” técnica, mas com o desígnio de valor moral (a “melhor” evidência, a que gera o “melhor” cuidado, o subsídio à prática tecnicamente “mais bem fundamentada” e socialmente “mais justa”), a opinião de *experts* apenas indica quais são os critérios de avaliação dos artigos, os desenhos de pesquisa mais adequados e etc. Nesse contexto, em que a adjetivação externa e anterior à prática concreta dos médicos gera a única orientação considerada válida para a clínica, parecem evidente os motivos do desconforto do criador dessa metodologia, conforme noticiaram Castiel & Póvoa (2001).

As *evidências* científicas, além de orientar técnica e moralmente a prática dos profissionais acerca dos procedimentos mais *sólidos* a serem adotados, mostram também *déficits* e *excessos* de ciência e tecnologia na prática médica, dizem os artigos da RAMB. Protocolos para a redução da mortalidade materna junto à população de baixa renda são simples de serem executados, bastando apenas a mobilização da classe médica e, onde são implementadas, mostram-se eficazes na redução dos índices, que comprometem a avaliação do sistema de saúde brasileiro, mas não há homogeneidade na postura dos profissionais frente às evidências científicas que embasam tais condutas, situação considerada como problemática [RAMB, 47(4): 287].

O III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, fundamentado em “sólidas evidências internacionais” e nos “dados da realidade epidemiológica” brasileira, “teve por intuito orientar a difusão de con-

³⁴ Segundo o próprio documento, há algumas pequenas variações nas orientações para a classificação das evidências a partir da “força” atribuída ao desenho empregado na pesquisa, também constatadas nos demais artigos da RAMB que abordam questões desde essa metodologia (AMB & CFM, 2001a).

hecimentos e reduzir os altos índices de morbidade e mortalidade que a doença acarreta”, mas não vem sendo implementado [RAMB, 47(3): 249]. Já as orientações para o controle das dislipidemias são seguidas em menos da metade dos casos de prevenção secundária [RAMB, 46(4): 307; RAMB, 47(3): 249]. Constatações desse tipo também são verificadas em outras áreas e demonstram situações classificadas como falhas técnicas na conduta dos médicos, quando analisadas à luz dos procedimentos padronizados que foram incorporados pelas Sociedades de Especialistas e os conhecimentos internacionais definidos como mais avançados para o momento da avaliação.

Em relação ao excesso de tecnologia, diz-se que “muitos testes de *screening* tornam-se rotineiros na prática médica antes de uma clara evidência de seus benefícios (...); mais do que isso, a realização de alguns exames parece até mesmo prejudicial” [RAMB, 46(4): 310]. Também se registra a “tecnificação anacrônica” (a substituição da “beira do leito” pelo laboratório) e outros excessos que *não fazem bem* à medicina, como já foi descrito.

O excesso de tecnologia também aparece associado a situações mais específicas, que não estão classificadas no contexto dos procedimentos para cuja utilização falta respaldo das “melhores evidências” ou de “estudos controlados”. Está relacionada a limites bioéticos e deontológicos. Trata-se, como exemplo, do suporte mecânico à vida num contexto em que a *experiência clínica* indica mau prognóstico: “com o progresso da medicina, a adoção de terapias extraordinárias de suporte à vida, no passado nem imagináveis, tem dificultado cada vez mais a definição dos limites terapêuticos nos cuidados intensivos” [RAMB, 47(4): 325]. Percebe-se, dizem os artigos, que há uma “falta de políticas para a adoção de limites terapêuticos com pouca ou nenhuma esperança de vida” (p. 329) ou com opções terapêuticas cuja relação custo/benefício não seja favorável. No caso do suporte artificial à vida, essas políticas mais “claras” e padronizadas devem ter em conta que, “quando inevitável, a morte muitas vezes é até desejável, pondo fim a uma agonia interminável” (p. 329). Nesse caso, além de limites na utilização de tecnologias, outro aspecto precisa ser incorporado aos serviços: a capacidade da “equipe” para abordar esse assunto com a família, de produzir confiança suficiente para convencê-la dos limites terapêuticos e de lidar com suas dificuldades culturais e religiosas. O tema da morte, que é recorrente, será aprofundado adiante. Mas é importante assinalar que ele tem uma forte capacidade de desassossego, mesmo com a sofisticação progressiva dos conhecimentos desenvolvidos e disponibilizados.

A ampliação das possibilidades terapêuticas e dos conhecimentos que precisam ser absorvidos pelos médicos não é a única consequência para a medicina das transformações atuais da sociedade, de acordo com o que se diz nas publicações médicas. Mudanças nos espaços onde se realiza o trabalho médico e a complexificação dos fenômenos que interferem na saúde também estão entre as preocupações desses profissionais.

O modelo de desenvolvimento sócio-econômico e os seus reflexos produzem condições para o aparecimento de doenças de difícil manuseio clínico, dizem alguns artigos da RAMB. A exposição ocupacional dos trabalhadores ao amianto (asbesto) produz comprovadamente câncer e outras doenças, conforme demonstram *evidências* clínicas e epidemiológicas, inclusive por um longo período de latência após o contato. Mesmo assim, interesses econômicos da indústria fomentam a polêmica sobre essa relação, envolvendo inclusive alguns pesquisadores da área da saúde. Outras substâncias que produzem efeitos sobre a saúde são utilizadas pela indústria, expondo os trabalhadores a problemas de saúde de difícil identificação [RAMB, 47(3): 259-61].

Os interesses financeiros da indústria farmacêutica e de equipamentos também interferem nas pesquisas e na prática médica [RAMB, 47(3): 183]. Dizem os artigos que o “progresso” da sociedade produz doenças novas (para além daquelas iatrogênicas, provocadas pelo excesso de tecnologia médica), que estão relacionadas ao mundo do trabalho, enuncia o discurso médico. Essas doenças terão que ser investigadas pela medicina. Além disso, o mundo do trabalho e os novos patamares tecnológicos produzem novos modos de vida, alguns dos quais tornam mais freqüentes e mais complexas as doenças.

A obesidade, por exemplo, que tem origem multifatorial, vem aumentando no mundo ocidental, em decorrência dos baixos gastos calóricos do dia-a-dia (tudo se faz com controles remotos, celulares etc. a um toque do dedo, apontam os textos) e do consumo de alimentos de alto valor calórico, em refeições rápidas e freqüentes. A obesidade traz consequências importantes no estado de saúde, já que está associada a

outras doenças, e também à organização dos serviços (2 a 8% dos gastos em saúde nos países industrializados são custos diretos do tratamento da obesidade e suas conseqüências, denunciam as pesquisas médicas). A prevenção, que é a melhor abordagem, não é fácil e o tratamento vem mudando muito rapidamente. “Os esforços no sentido de controlar a obesidade devem contar não somente com médicos, mas também com a sociedade em geral, incluindo indústrias de alimentos e agências governamentais” [RAMB, 47(1): 1-2]. Esse é um problema que a tecnologia médica não pode resolver isoladamente; os médicos também são “portadores” do estigma social que produz resistências a classificar alguém como obeso e, sem a classificação médica, nenhuma outra instituição o tomará para si, alertam as pesquisas médicas.

Da mesma forma, o alcoolismo encontra-se entre esses problemas que têm uma grande variação de fatores envolvidos, inclusive dificuldades de ser percebido como problema de saúde pelos profissionais. Relatam os artigos que estudos têm demonstrado que apenas parte dos pacientes que abusam de álcool é identificada pelas equipes médicas³⁵. Isso se constitui numa falha com graves conseqüências, uma vez que pacientes com “beber problemático” respondem à intervenções breves feitas pelos profissionais de saúde, como orientações simples e o monitoramento continuado, conforme demonstram diversos estudos internacionais. Esse é um problema de extrema relevância, já que 40% das mortes nos EUA estão relacionadas ao fumo, álcool ou dieta inadequada; 20% dos custos hospitalares nos EUA estão associados ao álcool, responsável por 10% das mortes [RAMB, 44(4): 167-8; RAMB, 44(4): 335-39; RAMB, 47(1): 120-8; MED, 81: 16; MED, 111: 28].

O hábito de fumar, também associado ao contexto atual de transformações que tornam mais difícil o exercício efetivo da clínica, cresce vertiginosamente entre alguns segmentos da população, particularmente entre os jovens, produzindo efeitos importantes sobre a saúde e sobre os indicadores de saúde, onerando os serviços e desafiando a capacidade dos serviços de saúde na abordagem desse problema. A indústria do tabaco, por sua vez, burla com certa facilidade os mecanismos criados pelo governo para restringir o consumo de cigarros [RAMB 47(1): 75-6; RAMB, 47(3): 172].

As configurações do modelo econômico vigente na maior parte dos países do mundo, particularmente sobre as parcelas da população dependentes do trabalho, particularmente daquele trabalho produtivo não caracterizado pelo fluxo especulativo de capitais, geram doenças, tornam-nas mais complexas e difíceis de identificar e tratar e aumentam o contingente de usuários dependentes do sistema público de atenção social. Na análise feita num Artigo Especial [RAMB, 45(4): 312-6], esse aumento de demanda pela atenção pública, inclusive relativa aos cuidados de saúde, teve anunciado seu “agravamento”, já que os direitos sociais, obtidos com o chamado Estado de Bem-Estar gerado pelo capitalismo com o intuito de preservar a força de trabalho e preservar-se no confronto de hegemonia com os países de regime socialista, não é mais necessário na perspectiva teórica neoliberal atualmente vigente. Segundo as análises desse artigo, a dissolução das principais potências socialistas (suprimindo a ameaça ao capitalismo), a “globalização desenfreada da especulação financeira” e as novas modalidades de produção, baseadas no binômio produtividade e lucro máximo, estão fazendo com que uma recessão também globalizada se expanda rapidamente.

Utilizando-se de uma citação do “trilionário superespeculador” George Soros, o artigo identifica um “estado em que a força predomina (...) chamado barbárie” (p. 314), justificado por muitos formuladores de políticas econômicas como derivado, entre outros fatores, justamente da expansão dos direitos sociais.

³⁵ Problemas de alcoolismo e uso de outras drogas entre médicos e estudantes são apontados em algumas notícias nos veículos de comunicação corporativa dos médicos durante o período da análise. Um Artigo de Revisão [RAMB, 44(2): 135-40] aborda o uso de substâncias tóxicas por médicos, estudantes de medicina e profissionais de saúde como uma característica importante do seu perfil de morbi-mortalidade. Outro exemplo, selecionado por decorrência de sua relevância, foi publicado no Jornal da AMB [JAMB, 1305: 13], com o formato de uma análise rápida de três situações, que tiveram farta cobertura jornalística, envolvendo estudantes de medicina e uso de substâncias tóxicas – a morte de um estudante por afogamento e queimaduras graves noutra em duas festas de recepção aos novos alunos de medicina, além do assassinato de pessoas num cinema por um estudante de medicina. Inicialmente por diversão, como os demais jovens, depois pela sobrecarga, pela concorrência e pelo estresse do trabalho; essas são as explicações para o uso de drogas entre os profissionais de saúde, dizem os artigos, mas a única diferença com os demais usuários é a maior facilidade de acesso a determinadas drogas, principalmente medicamentos. Entretanto, o principal desconforto que esses fatos têm associados nas descrições feitas nos documentos analisados não é o uso de drogas por parte dos médicos de maneira similar a outros segmentos da população. O problema é moral: “Na medicina, o exemplo não é a melhor forma de transmitir alguma coisa a alguém – é a única” [JAMB, 1305:13], dizem os especialistas.

Assim, a ameaça da assistência universal, com custos crescentes na área da saúde, e as demais conseqüências diretas sobre o estado de saúde da população produzidas pelo atual modo hegemônico de produção, fazem com que outras áreas de conhecimento e outras profissões sejam mais importantes para definir os níveis de saúde pública do que os médicos. Essa influência, associada a características da medicina contemporânea, produz um impacto direto na credibilidade dos profissionais: “a tecnologia médica, ao criar falsas expectativas e ao se mostrar impotente para solucionar os macro-problemas de saúde coletiva, contribuiu para a diminuição da importância social dos discípulos de Hipócrates” (p. 313). Há um componente de desordem no “progresso” da sociedade que compromete o exercício da clínica, que torna outras áreas de conhecimento mais importantes na definição das condições de saúde da população que os próprios médicos, denunciam as publicações. Estaria sendo enunciada uma necessidade de ordenamento, de disciplinamento, um processo de padronização de comportamentos sociais a partir de evidências cientificamente estabelecidas pelo conhecimento médico? Ou trata-se apenas do registro de um certo padrão de desassossego com o esvaziamento do poder e do reconhecimento social da medicina?

Além de interferências sobre a saúde da população e a “desvalorização social” dos profissionais da medicina, questões relativas ao mundo do trabalho (a natureza e a organização do trabalho) também afetam a saúde dos médicos. O contato com a morte [RAMB, 44(1): 21-27], o estresse relativo à organização do trabalho [MED, 92: 18-9; MED, 94: 12; RAMB, 44(1): 28-34; RAMB, 44(2): 135-40], a dependência química [MED, 92: 18-9] e outros aspectos também relativos à organização do trabalho [RAMB, 44(3): 239-45]. A fadiga, a sobrecarga e o estresse produzem sofrimento, doenças e afetam o desempenho cognitivo. Mesmo que, em alguns momentos, a tentativa seja de buscar explicações biológicas para o sofrimento e a doença provocados pela organização do trabalho, está reconhecido que ela pode ser responsável pela diminuição da qualidade de vida e origem de agravos à saúde. Mais ainda, os médicos estão submetidos a essas situações duplamente: são afetados particularmente, com uma prevalência diferenciada de determinadas doenças e agravos³⁶, bem como se encontram, cada vez mais freqüentemente, tendo seu conhecimento e suas práticas desafiados pelas novas configurações que o trabalho e o modo de vida da sociedade atual cria. As categorias usuais de explicação e a *natural* dimensão biológica das doenças perdem espaço, ao que parece mostrar um segundo plano da fala dos médicos, e dilui consigo a capacidade e o reconhecimento que os médicos têm de interferir sobre elas. Parece haver uma *dobra* no discurso médico, que rompe com a construção epistemológica que fundou a medicina moderna e enuncia uma crise do próprio conhecimento médico. Parece estar sendo constatado um evento com maiores conseqüências do que simplesmente um desgaste do prestígio médico. Há um impacto importante da contemporaneidade sobre a razão médica, já que as bases do conhecimento não conseguem mais construir um padrão de saúde, uma definição de doença, a noção exata da etiologia (a origem das doenças)³⁷. A intensidade do registro desses impactos desordenadores do “desenvolvimento” (o mesmo desenvolvimento que amplia as

³⁶ Importante perceber que esse fato, constatado e disseminado pelos veículos de comunicação, parece ameaçar a credibilidade dos próprios médicos. Uma notícia veiculada na imprensa comercial [FSP, 30/04/1998] anunciava, com bom destaque, pesquisa mostrando que “estressados em demasia por causa do seu trabalho, os médicos homens norte-americanos morrem em média dez anos mais cedo do que seus pacientes”. É preciso que os médicos revejam seus hábitos, diz um especialista consultado pelo jornal, bem como que entendam que resultados negativos dos tratamentos propostos aos seus pacientes não são de sua exclusiva responsabilidade: “a responsabilidade também é do paciente”.

³⁷ Ao fazer uma análise do processo de desinstitucionalização da atenção à doença mental, Rotelli & Cols. (1990) explicam o processo de Reforma Psiquiátrica italiana como um processo de “desinstitucionalização” do paradigma biomédico e da instituição medicina. Segundo os autores, o primeiro movimento que foi realizado foi romper com o “teorema racionalista problema-solução”: desconstituiu-se a cadeia explicativa que associava os sintomas a um diagnóstico e um tratamento racional e, por isso, tendencialmente ótimo, por meio da renúncia da explicação etiológica da doença mental. A doença, que a biomedicina transformou num “objeto fictício” passou a ser explicada pelo conjunto de normas e procedimentos científicos, legislativos e administrativos que separaram o sofrimento psíquico da “existência global, complexa e concreta dos pacientes e do corpo social” (p. 28-9). Retirada a ênfase do cuidado da doença abstrata e recolocada no plano concreto da existência, nas possibilidades de saúde sem a lógica de reprodução das capacidades de produção ordenada no mundo do trabalho, nesse plano as possibilidades de cuidado multiplicam-se “não existe mais uma saúde, mas existem mil” (P. 30). Para Rotelli, nesse processo de reinvenção da própria medicina, a questão que passa a existir é de como tornar possível a reprodução de mil modos de vida praticáveis, solidária e afetivamente construídos com o doente.

possibilidades tecnológicas!) suscita a sensação similar àquela que produz a desinstitucionalização da atenção ao doente mental.

Outra implicação da atualidade na medicina, também relacionada ao mundo do trabalho e a organização do trabalho, são as configurações do próprio mercado de trabalho desses profissionais. Esse não é um tema abordado com muita frequência na publicação científica analisada, sendo visivelmente mais comum nas matérias dos jornais das entidades médicas e há um foco comum que aponta, a exemplo do “problema” anterior, um contexto de “desordens” que implicam em perda de referenciais.

Um editorial (*Nós, os médicos brasileiros*), ao descrever nostalgicamente o que afirma ter sido a medicina até a poucas décadas atrás, apresenta um quadro geral que agrega uma certa *sensação comum* dos artigos. Diz o editorial que tivemos “anos dourados do exercício de uma *medicina pura*, com honorários profissionais sagrados, sem cobranças exorbitantes. (...) Respeito social e científico para o profissional e dedicação, acima de tudo, para o paciente” [RAMB, 47(2): 85]. Segundo esse mesmo editorial, a partir da década de 80, “a política assistencial sofreu mudanças profundas tanto no plano público quanto no privado” (p. 85). Um conjunto de *desordens* estaria caracterizando a atual configuração do sistema de saúde brasileiro (público e privado), com interferências negativas no trabalho médico: houve incorporação anacrônica de tecnologias, há discrepância na qualidade do atendimento prestado nos serviços primários e terciários (especializados), muitos hospitais e ambulatórios públicos foram abandonados (“sucateados”) e há um número insuficiente deles para o atendimento à população (“a rede pública é carente”), instituições de saúde que foram modelo estão sendo utilizadas como “trampolins” políticos, empresas privadas lucram com as necessidades de assistência da população, há um aviltamento no salário dos médicos (“os salários médicos não refletem nem de longe a responsabilidade de diagnósticos e tratamentos”) e o exercício “puro” da medicina nos consultórios privados foi “assaltado” pelos planos de saúde (que “foram destruindo a dignidade da atividade médica profissional..., oferecem honorários espúrios e aceitam qualquer tipo de atendimento desde que as necessidades de seus clientes sejam esvaziadas”) [RAMB, 47(2): 85-6]. Nesse contexto, “a consagrada descrição da figura do médico como um sacerdote da medicina ou um sacerdote-médico não tem, hoje, o reconhecimento unânime tradicional, quer entre os doutores da medicina quer entre aqueles que destes se beneficiam” [RAMB, 46(2): 91-2].

Vê-se, portanto, que três situações configuram o problema dos espaços de exercício da clínica médica atual: a existência de um mercado não autônomo de trabalho, a remuneração do trabalho médico “inadequada” frente às suas responsabilidades e a avaliação de um conjunto de insuficiências nos novos espaços para o exercício da clínica médica. Em comum entre eles, a perda da autonomia médica.

O primeiro problema, diretamente relacionado com o princípio do exercício profissional autônomo e independente, característico da medicina na sua expectativa de profissão liberal, é a existência de espaços de trabalho organizados a partir de regras e fluxos não diretamente determinados pelos próprios profissionais: há um esvaziamento da possibilidade de trabalho nos consultórios, esses foram invadidos pelos planos de saúde etc.. Esse é um enunciado bastante sutil, na realidade, e complementa-se também com uma certa resistência em assumir como salário a remuneração pelos serviços prestados (os “honorários profissionais sagrados”). Essa característica, que é relevante para a análise do exercício do trabalho médico e, particularmente para o desenho da clínica, é mais visível com o suporte de alguns estudos anteriores, uma vez que apareceu de forma muito discreta nos artigos da RAMB, bem como nas demais fontes da pesquisa. E ela terá uma potência forte para o objetivo desta Tese, portanto esta é a justificativa de uma pequena “dobra” na metodologia utilizada até aqui, incorporando, no “primeiro plano”, uma contribuição “externa” às fontes para ampliar a visibilidade desse discreto enunciado.

A questão dos “honorários” ou da “remuneração adequada às responsabilidades” têm uma tradução no Código de Ética Médica, que veda a percepção de salários aviltantes³⁸, mas têm também uma

³⁸ Segundo o Código de Ética Médica é vedado ao médico “Receber remuneração pela prestação de serviços profissionais a preços vis ou extorsivos, inclusive através de convênios” (Art. 86). Segundo o CFM, dois objetivos justificaram esse artigo: impedir a concorrência desleal para atrair clientela por meio do aviltamento de remuneração e “nortear os médicos brasileiros quanto ao caráter antiético do aviltamento profissional” [MED, 81: 6].

vinculação anterior, relativa à sacralidade da profissão³⁹. Por outro lado, para além da questão da remuneração “digna”, cujos parâmetros de comparação utilizados nos documentos invariavelmente são as “responsabilidades” do médico, outra dimensão está envolvida com a expectativa de autonomia do médico no exercício profissional. Embora igualmente associada à expectativa de um exercício como profissão liberal, alguns pesquisadores têm associado outro componente, relativo às bases de formulação do projeto tecnológico dos médicos (Schraiber, 1993). Segundo esses autores, o processo de formulação das concepções a respeito do modo de pensar a prática clínica dos médicos, desde a educação médica, induz a uma reificação desta numa forma específica de exercê-la. Esse processo “aderiu de tal modo à produção do cuidado autônomo e individualizado, que terminou por mitificá-lo como modalidade símbolo da boa e adequada assistência”, fazendo com que a clínica exercida no consultório particular “pareça ser, para a medicina, a mais correta tecnologia de operação” (p. 15).

A própria especialização do conhecimento e das práticas e a incorporação progressiva de equipamentos tornam necessária uma reconfiguração da autonomia característica do modelo liberal clássico da medicina, gerando maior dependência da clínica exercida pelo médico de outras práticas profissionais (outros especialistas, operadores de equipamentos de diagnóstico e terapia etc.), transformando a clínica “artesanal” numa “medicina tecnológica” (Schraiber, 1993: 17). Assim, a “dignidade profissional” dos *anos dourados* da medicina vê-se fraturada na expectativa de exercício liberal e de prática autônoma, com os recursos tecnológicos contemporâneos. A outra dimensão dessa fratura, a necessidade atual do estabelecimento de vínculos hierarquizados com a prática médica, também é abordada nos textos.

Nessa perspectiva o problema da subordinação assume duas faces distintas: o vínculo do profissional a um serviço de saúde com remuneração por meio da percepção de salário e a vinculação por prestação de serviços. Essas duas faces efetivam-se em relação a dois sistemas de saúde diferenciados: o sistema público de saúde (SUS) e o sistema de planos e seguros privados de saúde (o sistema suplementar, pela classificação constitucional). Os dois sistemas são abordados rapidamente em alguns artigos da RAMB e mais detidamente num Artigo Especial [RAMB, 45(4): 312-6]. Nesse artigo faz-se uma análise da situação atual incluindo desde questões que envolvem o contexto mais geral da organização da sociedade, conforme já foi descrito, além de uma previsão de futuro, que será apresentada posteriormente. Um Editorial comenta o reconhecimento internacional da política pública brasileira de controle da Aids [RAMB, 47(3): 169]. A existência de espaços não autônomos de exercício da profissão médica não mobiliza a formulação científica dos médicos, para além de poucas referências, principalmente com uma perspectiva de crítica.

Esses dois sistemas são abordados com mais ênfase nos jornais das duas entidades médicas: a “crise” do SUS (o principal foco), a necessidade de limites e normas corporativas para a regulação pública das ações médicas desenvolvidas no sistema, alguns projetos de interesse da corporação médica e, principalmente, o financiamento do sistema - em particular os valores de referência pagos por ações e serviços de saúde - são os focos de dezenas de matérias, em quase todos os números do Jornal do CFM e em diversos números do Jornal da AMB. Relativamente aos planos e seguros privados de saúde, ambas as entidades desenvolveram uma campanha intensa, principalmente nos anos de 2000 e 2001, pela elevação de patamares de remuneração e pela supressão de mecanismos de coação para a restrição de procedimentos nos “pacientes” segurados, que geraram diversas matérias. Além disso, diversas tentativas de estabelecer uma tabela de valores de procedimentos médicos, tornada sem efeito pela ação judiciária, também mobilizaram a corporação médica.

³⁹ Estudos, principalmente desde o olhar antropológico, das diversas formas de cura, mostram que há uma organização e uma eficácia simbólicas envolvidas nas relações terapêuticas, desde os rituais mais ancestrais até a medicina biomédica (Laplantine & Rabeyron, 1989). A retribuição pelo procedimento de cura está envolvida nesse ritual, de forma mais visível nas terapêuticas psicanalíticas mais tradicionais, mas também nas demais. Não se trata do pagamento que caracterizaria a compra de um serviço, senão uma troca; a contrapartida pela ação técnica mas também mágica do atendimento terapêutico. Assim, não será possível dimensionar um valor “justo” na comparação com qualquer produto em circulação, resultado do trabalho técnico de alguém. O “produto” do trabalho médico tem uma dimensão mágica/sagrada cujo parâmetro de valor é a própria vida, como claramente enuncia o texto quando se refere aos “sagrados honorários profissionais”

Também gerou diversas notícias nos jornais das entidades e um Editorial o projeto de criação de um sistema de organização do trabalho médico, com regulação das próprias entidades médicas e que prevê a relação direta entre profissionais e usuários, dando expressão à expectativa de exercício liberal da clínica médica. Esse Editorial [RAMB, 45(3): 197] exalta a criação do Sistema Nacional de Atendimento Médico (Sinam), pela AMB e pelo CFM, que fortaleceria a relação médico-paciente pela “supressão de intermediários”, além de ter sido amplamente discutido nos fóruns representativos das duas entidades. Por esse sistema, segundo o Editorial, o usuário paga diretamente aos profissionais e serviços médicos os valores estabelecidos numa lista de procedimentos fixada pela AMB. As ações prestadas pelos demais profissionais de saúde não foram incorporadas.

Para as demais ações de saúde não contempladas no Sinam, as entidades recomendam aos médicos sugerirem aos usuários a contratação de planos e seguros privados com cobertura específica, que são menos custosos. Para as entidades representativas dos profissionais, o exercício liberal da clínica é a melhor forma de organização do trabalho médico. As questões que são apresentadas em algumas notícias dos jornais são relativas ao poder aquisitivo da população brasileira e os desdobramentos bioéticos de eventuais recusas de atendimento de usuários por falta de pagamento.

Os “problemas” identificados pelas publicações médicas na revisão feita até aqui poderiam ser agrupados em quatro grupos: 1) a heterogeneidade na absorção dos conhecimentos científicos para orientar a clínica, por parte dos médicos, o que produz deficiências e excessos no uso das tecnologias; 2) uma crescente “complexidade” dos problemas de saúde, implicando na crescente ineficácia percebida na ação da medicina e na capacidade explicativa dos conhecimentos biomédicos, o que gera, muitas vezes, a necessidade de “abertura das fronteiras” da medicina a outros conhecimentos e práticas; 3) a crescente constatação de “problemas morais” na conduta de médicos (uso de drogas, alcoolismo, tabagismo), que compromete a imagem da corporação e a eficácia de suas ações; e 4) a crescente expansão de mercados não orientados pela lógica corporativa (práticas não autônomas e liberais), subordinando o exercício da clínica a regras não determinadas exclusivamente pela ótica médica.

Esses, entretanto, não são os únicos problemas e aspectos relativos ao trabalho médico descritos nos artigos analisados. Algumas questões relativas às diferentes racionalidades e à relação com outras categorias profissionais também são abordadas em alguns artigos, documentos e matérias dos jornais das entidades.

4.1. Outras racionalidades no trabalho em saúde, concorrência com outros profissionais e o tensionamento às competências corporativas

O “progresso” ou os “novos tempos” trazem também outros problemas para os médicos e para a medicina. São textuais os registros do que é denominado como “perda de prestígio”, referência feita também a críticas públicas, à procura dos usuários por outros meios para o tratamento das suas doenças, ao “aviltamento” dos honorários e mesmo ao processo de assalariamento e vinculação do trabalho médico a serviços de saúde (frustração da expectativa de exercício liberal da profissão), aos conflitos na relação com os “pacientes”. Diversas matérias descrevem o que é apresentado como incompreensão da população e da mídia e transformação do médico em “bode expiatório” de um sistema de saúde “caótico”. Noticia-se, inclusive, a criação de uma “medicina defensiva”, que fere a relação médico-paciente, mas que têm por objetivo proteger o médico de possíveis ações judiciais movidas pelos usuários dos seus serviços. Publicam-se notícias de processos judiciais contra os médicos e noticia-se a “indústria do erro médico” norte-americana, onde empresas seguradoras proliferam às custas dos seguros médicos. Noticia-se também a boa performance de alguns sindicatos médicos e outras entidades que especializaram áreas de assessoramento jurídico aos médicos.

Entretanto, mais produtivo do que a análise pormenorizada dessa “perda de prestígio”, cuja tradução no exercício da clínica já está sendo descrita em outros itens, é a análise de um aspecto específico

desse processo de “desprestigiamento” do profissional da medicina, o que auxilia mais fortemente a cartografia que constitui esta Tese. Trata-se da concorrência de outras profissões pelo espaço concreto de realização do trabalho (o protagonismo nos serviços e a prerrogativa de atenção ao usuário) e pela racionalidade com que esse trabalho se expressa (as “medicinas” paralelas ou complementares).

Nessa perspectiva, dois aspectos são mais visíveis: a disputa com outras profissões pelo monopólio de determinados procedimentos e a disputa com outras racionalidades pela hegemonia das práticas, mas também pelo ordenamento dos conceitos que definem a clínica médica, conforme os contornos configurados pelo modelo biomédico, como a forma verdadeira (e, portanto, legítima) de fazê-lo.

É relevante destacar que, embora um dos aspectos presentes nas publicações seja a disputa interna à medicina pelo espaço de realização do trabalho, as tensões intracorporativas expressam-se de forma mais discreta. O conjunto de normas do Código de Ética Médica é bastante efetivo na contenção dessa disputa e algumas das Resoluções publicadas no período analisado parecem dirimir os conflitos que o primeiro instrumento não realiza. Além desses dois recursos, as iniciativas com vistas à estabilização do número de escolas médicas e, portanto, da oferta de novos profissionais, e a restrição nos critérios de regulamentação do exercício profissional de médicos estrangeiros no país também surtiram efeito suficiente para manter uma certa estabilidade, segundo os textos analisados⁴⁰. É um problema recorrente nas notícias, entretanto.

Dimensões da disputa da corporação com outras profissões e outras racionalidades aparecem num dos Editoriais da RAMB que analisam a situação dos médicos no Brasil. Segundo o artigo, notícias que são disseminadas até pelos jornais dão conta de “modernos pajés” que exercem a medicina ilegalmente [RAMB, 46(2): 91-2]. É interessante observar que, para os médicos, no que se refere à legitimidade do exercício da clínica, há um enunciado configurado por uma seqüência de transposições que unificam toda e qualquer atividade de clínica àquela que legalmente está atribuída à medicina. Essa questão será analisada em dois planos: o primeiro que descreve a configuração das disputas corporativas e um segundo plano que descreve as relações da racionalidade biomédica com as demais racionalidades médicas e “práticas alternativas”⁴¹. Há um recorte que precisa ser explicado nessa abordagem anunciada.

Nas publicações analisadas, a relação com os demais profissionais da saúde (“paramédicos”) somente torna-se uma questão relevante quando há uma tensão estabelecida entre os territórios de competências. Quando a “equipe” funciona “normalmente”, ou seja, sob o comando médico⁴², a relação com os demais trabalhadores em saúde não é objeto de reflexão dos médicos, apenas aparece referida e lhe é atribuída uma importância relativa, que será mais bem descrita na abordagem da morte do paciente ou sua iminência presumida. As disputas corporativas se explicitam mais claramente nos jornais das entidades médicas,

⁴⁰ No período analisado há uma forte discussão sobre a presença em território nacional de médicos cubanos, que concentram sua atuação principalmente em pequenas localidades nordestinas em que não há médicos. Essa presença produz grande desconforto e gera um projeto de interiorização do trabalho médico, posteriormente absorvido pelo Ministério da Saúde. Também gera uma nova configuração dos fluxos de revalidação de diplomas de medicina obtidos no exterior, principalmente em universidades bolivianas que selecionam alunos brasileiros. Se há restrições para o exercício de médicos habilitados em outros países no Brasil, mesmo em áreas cronicamente desprovidas desses profissionais, a participação de médicos brasileiros em ações humanitárias fora do país não é entendida como ingerência. Tampouco a atuação filantrópica de médicos estrangeiros em comunidades indígenas e em favelas nas grandes cidades no Brasil, como se vê nas notícias sobre a organização Médicos Sem Fronteiras. Essa aparente incongruência parece ter uma explicação numa notícia sobre a premiação com o Nobel da Paz do ano de 1999 dessa entidade: eles são independentes dos governos e não usam qualquer instrumento de doutrinação, diz a notícia [MED, 111: 25-7]. A “boa” prática médica deve estar por sobre as idéias políticas, exceto aquelas emanadas da própria corporação, parecem dizer essas notícias.

⁴¹ Madel Luz (1997) distingue a expressão “práticas médicas alternativas” à biomedicina, que denomina de etiqueta institucional, já que abarca um enorme e variável conjunto de ações desencadeadas nas diversas sociedades e diversos tempos históricos para o cuidado em saúde, do conceito de “racionalidades médicas”. Por este conceito designa todos os sistemas complexos, simbólica e empiricamente estruturados, compostos por cinco dimensões: uma morfologia humana (anatomia, para a biomedicina), uma dinâmica vital (que, na biomedicina é a fisiologia), uma doutrina médica, um sistema de diagnose, um sistema de intervenção terapêutica e uma cosmologia.

⁴² “O avanço tecnológico da medicina foi o fator impulsionador das equipes de saúde. (...) Justamente por sua formação qualificada, é ele o responsável pelo desempenho da própria equipe – e esta não pode atuar sem a sua presença constante”, decreta-se nos documentos [MED, 121: 6].

embora também seja visível na imprensa comercial, inclusive por meio de editais pagos⁴³. Há uma exceção importante em alguns artigos e matérias que se dispõem a abordar a atenção desde a visão da bioética, onde transparecem, vez ou outra, equipes formadas por trabalhadores que compartilham horizontalmente responsabilidades na configuração da melhor atenção aos usuários, inclusive com destaque positivo para a atuação de outras profissões em algumas situações (atenção ao “paciente terminal”, atenção à criança e ao adolescente e outras). Mas essas não são as abordagens mais frequentes. Confrontos corporativos é que o são.

No período analisado, várias notícias publicadas nos jornais do CFM e da AMB reproduzem esses conflitos. Os limites entre as competências privativas dos médicos nas suas várias especialidades e aquelas dos citopatologistas, dos farmacêuticos-bioquímicos, dos técnicos de radiologia, dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, dos fisioterapeutas, dos odontólogos, dos optometristas/ técnicos de oftalmologia etc. estão presentes com certa frequência. São notícias que informam da edição de novas Resoluções do CFM definindo a exclusividade do médico em realizar determinados procedimentos (como se deliberações de uma corporação pudessem delimitar as competências das demais), de ações judiciais para a preservação dos limites da ação profissional dos médicos, de campanhas de esclarecimento da população sobre riscos dos procedimentos oferecidos por profissionais não-médicos.

Esses embates corporativos, que configuram uma definição precisa (e com recorte precisamente corporativo) da clínica, têm um enunciado comum que pode ser representado pela citação de um artigo publicado no *Jornal Medicina*: “Hoje, existem inúmeras áreas de conflito, que eufemisticamente chamamos de interfaces, entre a medicina e outras profissões”. Segundo o artigo, se “concordarmos com a assustadora tendência de se delegar cada vez mais nossas atribuições a terceiros, brevemente só restará como ato médico a assinatura de recibos de prestação de serviços profissionais” [MED, 82: 12]. Tal desabafo, que transversaliza a quase totalidade das notícias a esse respeito publicadas nos Jornais das Entidades, têm uma expressão forte na edição da Resolução do CFM nº 1.627, de 23 de outubro de 2001, definindo o “ato médico”. Segundo essa Resolução, todas as atividades “que envolvam procedimentos diagnósticos de enfermidades ou impliquem em indicação terapêutica (...) são atos privativos do profissional médico” (Art. 1º, § 1º) e somente outras atividades assistenciais são compartilháveis com outras profissões.

Além disso, a organização da formação e do trabalho médica, segundo essa Resolução, também é privativa: “As atividades de coordenação, direção, chefia, perícia, auditoria, supervisão e ensino dos procedimentos médicos privativos incluem-se entre os atos médicos e devem ser exercidos unicamente por médico” (Art. 3º). A disputa por hegemonia, pela configuração de um lugar central no conjunto das práticas em saúde é evidente e está fartamente ilustrada na leitura das considerações da sintética Resolução e da extensa exposição de motivos que a acompanha.

Embora seja fortemente afirmadora da racionalidade biomédica, essa Resolução, que sintetiza uma grande quantidade de artigos publicados nas diversas fontes analisadas, também expressa um acontecimento do *território de fronteira* (a *vizinhança* com outras profissões e práticas que atuam na saúde): há uma disputa que se verifica nessas imediações que está tensionando o *centro* da cena da atenção à saúde (a hegemonia da prática médica) e as prerrogativas “seculares”, reivindicadas pela medicina biomédica, não parecem suficientes para garantir a estabilidade desse “centro”. Parece que as *linhas de rota* estão sendo *negligenciadas*

⁴³ Entre tantos outros, de âmbito nacional, é significativo um episódio verificado na imprensa gaúcha, relativa à discussão de competências entre médicos e fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. A partir de questionamentos da atuação de profissionais afetos ao âmbito do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 5ª Região (Crefito 5) e com base nas Diretrizes Curriculares do Ministério da Educação para os cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, o referido Conselho publicou na imprensa um edital de Notificação Pública com a descrição das competências e dos conhecimentos necessários a cada uma das profissões, com intuito de alertar a população sobre a atuação de profissionais não habilitados nessas áreas (Zero Hora, 29/01/2002, p. 41). O Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (Cremers) publicou Nota Oficial (Zero Hora, 03/02/2002, p. 17), por decorrência do que considerou extrapolação das atribuições legalmente atribuídas a esses profissionais, retificando as competências definidas no edital anterior e informando a existência de um recurso judicial com parecer preliminar favorável ao pleito médico. Essa Nota Oficial foi respondida por uma Nota de Esclarecimento do Crefito 5 (Zero Hora, 05/02/2002, p. 41) registrando ter publicado inicialmente o texto das Diretrizes Curriculares Nacionais para as profissões de sua competência, bem como ter sob sua guarda diversos documentos legais e judiciais garantindo as prerrogativas das profissões que representa e informa que não julga adequado o espaço da imprensa comercial para a discussão estabelecida. O Cremers publica, por fim, uma nota intitulada “Fisioterapeutas não são médicos e não podem exercer a medicina” (Zero Hora, 08/02/2002, p. 20), cujo título descreve o teor do texto publicado.

pelos marinheiros, seduzidos pelo *canto da sereia*⁴⁴. Evidentemente que é preciso considerar que um dos componentes dessa transposição deverá ser o reconhecimento que as entidades tem sobre a inaplicabilidade direta de suas deliberações sobre os demais trabalhadores, sendo, portanto, necessário um certo constrangimento moral. Mas também é evidente que a sistemática alternativa de disciplinamento das práticas dos profissionais médicos por meio de normas regulamentadoras corporativas mostra um risco relativamente ao *comportamento normal*, à *linha de rota* traçada pela corporação médica para o *andar* dos profissionais que a compõem.

Essa estratégia corporativa também se evidencia noutro aspecto da disputa mais visível que se estabelece em torno da realização concreta da clínica, da atuação dos profissionais médicos no cuidado à saúde e da preservação dos interesses corporativos: as disputas em torno das racionalidades médicas e sobre as “práticas alternativas”. O uso da expressão “racionalidades médicas”, conforme já foi descrito, expressa a opção pelo entendimento de que essa expressão não tem unicamente o sentido que lhe configurou a medicina moderna.

Nos artigos analisados nas diversas fontes que fornecem subsídios a essa cartografia, a corporação médica mostrou-se bastante reativa à aproximação com outras racionalidades, exceto a racionalidade biomédica. A forma mais freqüente com que o tema das racionalidades médicas não hegemônicas aparece nas publicações médicas é associado a uma avaliação de desvalia e vista como tentativa de concorrência com as competências corporativas. Um exemplo extremo desse enfoque é um Editorial [RAMB, 47(4): 269-70] que discute a automedicação (o “paciente” atuando com as “prerrogativas” do médico ou com “crendices” para interferir sobre sua saúde). De acordo com esse Editorial, há uma “pronta impulsão” dos brasileiros, diante de quaisquer sintomas, para o uso de *medicamentos populares*, orientações leigas ou mesmo a indicação de medicamentos alopáticos diretamente nas farmácias.

Segundo o artigo, “a decisão de levar um medicamento da palma da mão ao estômago é exclusiva do paciente. A *responsabilidade* de fazê-lo depende, no entanto, de haver ou não respaldo dado pela opinião do médico ou de outro profissional” (grifo meu). Tal “irresponsabilidade” advém da tentativa de usurpação da competência médica: “O fato de se poder adquirir um medicamento sem prescrição não permite ao indivíduo fazer uso indevido do mesmo, isto é, usá-lo por indicação própria, na dose que lhe convém e na hora que achar conveniente” (p. 270). Esse comportamento desafia à autoridade médica: “a automedicação pode ser considerada uma forma de não adesão às orientações médicas” (p. 270). As plantas medicinais, segundo o artigo, “têm lugar garantido no ‘folclore’ brasileiro”, sendo que, para a maioria delas, não há evidências científicas de efeitos sobre a saúde e, mesmo assim, “pleiteiam uma vaga na chamada medicina alternativa (ou terapia não convencional)”. “É necessário voltar os olhos para o passado remoto e lembrar que à arte de curar juntaram-se muitos outros ingredientes compostos por crenças e tradições populares que se confundem com as propriedades curativas de muitas plantas silvestres”, explica o editorial para justificar a associação *leiga* do uso de algumas substâncias *inertes* à supostos episódios de cura. O mesmo passado, desde o qual provém o uso de procedimentos e insumos para o cuidado com a saúde, não tem qualquer valor para validar essas práticas, ao que se supõe da leitura de tais argumentos.

Exceto pelo fato de que os problemas na manipulação e os eventuais efeitos tóxicos dessas substâncias produzem complicações à saúde de seus usuários, o Editorial aponta que a maioria dos produtos disponibilizados na “medicina popular” não apresenta riscos e somente terão “efeitos terapêuticos” em doenças psicossomáticas, com grande prevalência em nosso meio. Entretanto, de acordo com o artigo, o uso impróprio ou “exagerado” desses agentes pode produzir problemas mais sérios, motivo pelo qual devem ser consideradas no contexto do problema da automedicação. Citando como exemplo as isoflavonas, substân-

⁴⁴ Essa analogia é bastante potente para essa análise, já que a constatação de uma certa desordem no exercício da atenção à saúde, freqüentemente denominada de *atenção médica*, é descrita como a usurpação de competências por outras profissões. Entretanto, o efeito prático das ações que as normas disciplinadoras propõem recaem sobre os médicos: são esses, tal qual *navegadores* seduzidos pelo *canto da sereia*, que sofrerão as penas disciplinares por permitir ou compartilhar com essa *desordem*. Essa relação também será vista na abordagem oficial das entidades médicas sobre as demais racionalidades na atenção à saúde. Para além do disciplinamento corporativo, uma questão de ordem legal também está envolvida nesse procedimento: o âmbito de competências dos Conselhos Profissionais está, obviamente, restrito às profissões que o compõem. Portanto, além do efeito disciplinar sobre os membros da própria corporação, os dispositivos normatizadores que emitem têm apenas outro e mais discreto efeito: a demonstração de força para defender seus limites perante a opinião pública.

cias sintetizadas a partir da soja, que tiveram um aumento de consumo importante desde que alguns estudos as associaram a uma menor sintomatologia no climatério de mulheres asiáticas. “O uso indevido de isoflavonas, manipuladas de maneira descontrolada, tem causado efeitos colaterais importantes e alterações discrásicas sanguíneas” (p. 270)⁴⁵. Dessa forma, e tendo em vista que “não há como acabar com a automedicação, talvez pela própria condição humana de testar e arriscar decisões”, os profissionais de saúde devem orientar e alertar sobre seus riscos e as autoridades devem realizar adequada fiscalização, segundo o artigo.

Nos jornais das entidades e demais documentos analisados, particularmente aqueles que foram produzidos pelo CFM, as *racionalidades médicas* são abordadas, na sua forma predominante, de duas perspectivas diferenciadas: rejeição de algumas e tentativa de absorção para o espaço das práticas exclusivas de outras. Essas questões foram pouco abordadas na RAMB, mas foram objeto não somente de diversas matérias no Jornal Medicina, como tiveram força para gerar Resoluções Normativas do CFM. Em ambas as situações será possível identificar idéias diretamente associadas à racionalidade biomédica (*linhas de força*) e idéias inovadoras (*cantos de sereia*).

Nesse contexto de desconstituição e/ou apropriação das racionalidades não biomédicas de atenção à saúde, um Artigo Original da RAMB toma para si um desafio incomum entre os artigos analisados: o relato de uma pesquisa sobre *cirurgia espiritual*, que é um dos mais controversos tipos de cura [RAMB, 46(3): 194-200]. Os autores fazem uma vasta revisão de literatura para localizar o tema da *cura espiritual* como objeto de investigação, identificando um aumento recente de referências sobre o tema no meio médico. Segundo o artigo, além do aumento do interesse médico sobre esse assunto, percebe-se uma tentativa de ‘domesticar’ como “conhecimento científico o que já foi tido como anárquico demais” para ser investigado cientificamente. Esses procedimentos, que têm registros desde a antiguidade em todo o mundo, são bastante utilizados. No cotidiano, a “medicina espiritual” normalmente é utilizada como complemento da “medicina ocidental”, sendo ambas diferenciadas e consideradas eficazes na percepção da população que as utiliza, segundo o artigo. O “uso da medicina alternativa” normalmente não é informado ao médico pela população.

De acordo com o artigo, o aprofundamento das investigações sobre os efeitos e as aplicações da *medicina espiritual* deveria ser estimulado, já que também há a tentativa de buscar alívio e, quando possível, a cura das enfermidades. Em geral está organizada a partir de procedimentos sem efeitos colaterais e custos desprezíveis. Poderia ser incorporada à prática médica, portanto, sendo assumida com um caráter mais complementar e menos antagônico. Além disso, o incremento das pesquisas poderia auxiliar na substituição das práticas danosas ou inúteis. Nesse aspecto os autores identificam dificuldades, éticas e metodológicas: a racionalidade científica “normal” e sua base científica têm dificuldades em elaborar procedimentos metodológicos suficientes para a aproximação com essas outras racionalidades e, mais ainda, quando se trata de ações relativas à saúde das pessoas, “a medicina ortodoxa freqüentemente tem exigido da medicina complementar maiores padrões de provas que os requeridos para ela mesma” (p. 195).

Segundo o artigo, “os fenômenos ditos paranormais não são inexplicáveis, mas permanecem em grande parte inexplicados. Não são sobrenaturais, sendo, no máximo, fatos ainda não explicados pelas leis naturais”. Esse limite da capacidade explicativa da racionalidade científica moderna, particularmente no que se refere à saúde, foi vivenciado pelos pesquisadores, que recomendam o aprofundamento da pesquisa. Embora coletando materiais e inspecionando os procedimentos realizados nas cirurgias espirituais, as con-

⁴⁵ Inevitável a comparação com notícias recentes na imprensa comercial, relatando os resultados de uma pesquisa norte-americana envolvendo quase 17 mil mulheres com faixa etária entre 50 a 79 anos, sobre a eficácia no uso de terapia de reposição hormonal, que foi suspensa após a publicação de resultados preliminares no *Journal of the American Medical Association*. Segundo os dados preliminares, o uso combinado de estrogênio e progesterona na menopausa, conforme vinha sendo feito naquela pesquisa, poderia aumentar significativamente o risco de câncer de mama e doenças cardíaco-vasculares. Especialistas de outros centros de pesquisas informaram, imediatamente, que as substâncias usadas na pesquisa americanas são diferentes daquelas usadas em outros países e recomendaram que as mulheres que estejam em uso de terapias de reposição hormonal não interrompam o tratamento antes de consultar seus médicos. Essas notícias foram coletadas da Agência CNN (www.cnn.com.br) e foram divulgadas no dia 10 de julho de 2002 (*EUA interrompem teste de reposição hormonal junto a 16.608 mulheres; Especialistas britânicos tentam evitar pânico em relação à reposição hormonal*). Parece haver um risco legítimo, da pesquisa e da orientação médica, e outro ilegítimo, do uso leigo de substâncias com a expectativa de que tragam benefícios à saúde, segundo os argumentos utilizados.

statações mais relevantes foram relativas a esses limites: em muitos casos há incisões na pele com retirada de material orgânico histologicamente compatível com o local da retirada (não é simulação!); embora não sejam realizados procedimentos anestésicos artificiais e tampouco procedimentos de assepsia “não foi detectada nenhuma infecção e apenas um paciente referiu dor” (p. 199). Para os autores, a discussão séria desse tema “não requer que compartilhem as crenças envolvidas, mas que tomemos suas implicações seriamente e não subestimemos as razões pelas quais tantas pessoas se envolvem. Nem a crença entusiasmada ou a descrença renitente ajudarão os pacientes ou o desenvolvimento da medicina” [RAMB, 46(3): 199].

Como se disse anteriormente, na publicação que reivindica para si a disseminação dos conhecimentos científicos da medicina brasileira, o conjunto das racionalidades médicas e práticas “não ortodoxas” não teve muita permeabilidade, exceto pelos artigos já descritos. No Jornal da AMB, essa temática também teve abordagem mais superficial e foi expressa principalmente com pequenas notícias, conforme seu padrão editorial. No Jornal Medicina esse aspecto foi mais aprofundado, inclusive no que se refere a reflexões de maior consistência, principalmente junto às seções de bioética. Para descrever e analisar com mais consistência far-se-á uma análise das duas categorias de reação mais comuns da medicina às racionalidades não hegemônicas.

A primeira categoria a ser analisada é aquela que produz um movimento de incorporação das práticas “não ortodoxas” ao conjunto de competências da medicina, ainda que na tentativa de subordiná-las ao estatuto científico biomédico. Três exemplos, nas publicações analisadas, descrevem esse comportamento: a homeopatia, a acupuntura e a hipnose. Como se poderá observar, essa aproximação produz diferenças no arcabouço da medicina biomédica.

Uma matéria com o sugestivo título de *Hipnose médica: um processo terapêutico científico* descreve a história do hipnotismo, que “perde-se num passado nevoento” [MED, 110: 2]. Estão descritos o uso popular (por “hipnotizadores de palco”), religioso (para a liberação de espíritos e demônios, feito desde os antigos povos gregos e egípcios, mas também entre os Astecas, Maias e Incas, na América do Sul) e o uso médico (para a cura das doenças). Há uma diferença marcada entre os usos de uma mesma técnica: o ordenamento ilustrado moderno. Essa será sempre uma diferença apontada para classificar e separar diferentes práticas em saúde.

Na categoria de usos médicos da hipnose estão inclusas as descrições que o artigo faz sobre o seu uso por “sábios” e “filósofos”, mas também para um dos símbolos da medicina: “É importante lembrar que (...) os gregos, em verdadeiras peregrinações, buscavam no tempo do Deus da Medicina – Esculápio – a cura dos seus males: nada mais nada menos do que a hipnose”. Embora incomum, esse é descrito como um processo terapêutico científico (“a hipnose médica e a hipnose odontológica são processos terapêuticos tão científicos e fisiológicos quanto a clínica e a cirurgia”), com explicações neurofisiológicas conhecidas e comprovadas, com utilização corrente em especialidades médicas (“o hipnotismo contribuiu significativamente tanto para a Psicanálise como para seu fundador, Freud”), com pesquisa e utilização internacional (“a *British Medical Association* publicou relatório sobre o emprego do hipnotismo na medicina, no qual mostra extensa bibliografia especializada”) e com respaldo legal (“recentemente, a legislação brasileira permitiu o uso da técnica hipnótica aos médicos e dentistas, mediante curso regular de especialização”).

Esse conjunto de argumentos apresenta algumas possibilidades de uso, que agregam à clínica outras dimensões não exploradas na biomedicina: a transversalidade com outras práticas e conhecimentos (“um toque de apoio de hipnoterapia em todas as especialidades médicas é válido não somente como coadjuvante no tratamento, mas também na cura, principalmente nas doenças psicossomáticas”) e uma ampliação da dimensão biológica do “paciente” (“a hipnose, já nos seus estágios iniciais, produz um relaxamento físico e mental” e libera “emoções, complexos, conflitos neuróticos e ansiogênicos”). Outra matéria publicada no Jornal Medicina também aborda o uso médico e as propriedades científicas da hipnose [MED, 121: 24].

Dois matérias publicadas no Jornal Medicina são relevantes para abordar questões relacionadas à homeopatia e sua utilização na medicina. Uma matéria, mais extensa, (“Racionalidade científica do modelo homeopático”) registra o desconforto por críticas ao “modelo terapêutico”, feitas “na maioria das vezes por indivíduos que desconhecem os preceitos básicos da Homeopatia”, com o argumento de que não há comprovação científica dos seus resultados [MED, 102: 28]. Essa matéria explica os “pilares fundamentais” da homeopatia (“o princípio da semelhança e a experimentação no indivíduo humano sadio”) e a metodologia de validação dos recursos terapêuticos (“o modelo homeopático é fundamentalmente experimental, fruto da

observação cuidadosa do efeito das drogas no organismo humano”). Também apresenta o *princípio da similitude* da homeopatia (“todo medicamento capaz de despertar determinados sintomas no indivíduo sadio é capaz de curar estes mesmos sintomas no indivíduo doente”), fazendo uma analogia desse princípio com o que se denomina de reação paradoxal na farmacologia médica. De acordo com o texto analisado, o princípio terapêutico da homeopatia procura estimular no organismo uma reação homeostática e curativa e é essa mesma capacidade de reação positiva do organismo que produz o “efeito rebote”, identificado comumente no uso dos medicamentos “alopáticos”, conforme descreve em diversos exemplos. A identificação e o reconhecimento dessa capacidade positiva e da validade dos princípios da homeopatia permite, além da aproximação com os fenômenos observados na farmacologia médica alopática, o uso de medicamentos convencionais “segundo o método homeopático”, registra o artigo. Esse reconhecimento pode subsidiar estudos acadêmicos e científicos, permitindo maior aproximação entre as diferentes racionalidades e uma efetiva contribuição “para o desenvolvimento da Medicina”.

Um segundo artigo do *Jornal Medicina* que trata da homeopatia também traz contribuições importantes para essa cartografia. Trata-se de um comentário assinado [MED, 128: 2], feito a um artigo publicado em números anteriores. No artigo que desencadeia o comentário, escrito por um psiquiatra, foram analisados aspectos psicológicos relativos ao comportamento de pessoas com câncer de intestino e um dos participantes da pesquisa, que relatou a procura pelo atendimento com homeopatia ao saber-se doente de câncer, teve essa reação classificada como de “negação da doença e descrédito do saber e da autoridade médica”. Embora esse fosse um aspecto bastante secundário na pesquisa relatada, foram captadas questões classificadas como equivocadas na matéria de resposta, principalmente o registro da classificação da homeopatia como um saber não médico. Diz o artigo que “a Homeopatia é especialidade médica, estando o médico homeopata sujeito às mesmas normas e penalidades que seus colegas médicos, psiquiatras inclusive. (...) A Homeopatia é especialidade médica reconhecida desde 1980 pelo Conselho Federal de Medicina, devendo fazer parte do rol de opções terapêuticas oferecidas aos pacientes”. Além de reivindicar o reconhecimento da identidade corporativa e registrar o desconforto com o desconhecimento demonstrado na publicação anterior, o artigo faz duas ressalvas ao texto inicial que pontuam aspectos ideológicos que dissimulam “crenças pessoais” e “preconceitos” comprometedores do “avanço” da medicina.

A primeira dessas ressalvas é relativa à análise do comportamento do doente e torna visível uma concepção antropológica específica. Diz o artigo que é equivocado classificar a reação do doente que buscou a homeopatia como negação da doença: “a busca por várias formas terapêuticas e até as não ortodoxas (onde a Homeopatia se encaixa) demonstra não só o interesse do paciente por sua doença como a busca de opções terapêuticas insuspeitas até pelo autor do artigo, desconhecedor da aplicabilidade e da eficácia do tratamento homeopático”. O segundo questionamento apontado registra uma das estratégias utilizadas pela racionalidade biomédica na produção de conhecimentos: “a ideologia dominante expressa-se de forma bastante sutil e imperceptível ao leitor menos avisado, embrenhando-se de forma inocente no texto e ofuscando os sentidos de quem lê”. Os efeitos desse componente ideológico descrito são, segundo o texto, a difusão de informações incompletas e de opiniões dissimuladamente comprometidas, que impedem o avanço da medicina e restringem a capacidade dos profissionais de avaliar criticamente suas posturas e de oferecer os melhores recursos aos doentes.

No terceiro artigo que descreve a aproximação da medicina com outras racionalidades e práticas “não ortodoxas” vê-se a expressão mais clara do movimento de absorção, para o território das práticas privadas dos médicos, de procedimentos nas práticas tradicionais de saúde. Esse artigo, na realidade uma matéria jornalística que noticia recursos judiciais interpostos contra o uso da acupuntura por outros profissionais. Segundo essas matérias, trata-se de uma terapêutica invasiva que requer um diagnóstico prévio e, por essas características, é ato privativo médico, conforme determina a Resolução nº 1.455, de 11 de agosto de 1995, do Conselho Federal de Medicina⁴⁶.

⁴⁶ Uma dessas disputas pelo domínio da acupuntura, fartamente documentadas nos veículos médicos de divulgação, foi com os profissionais de enfermagem, particularmente com os enfermeiros. Essa disputa, decidida em favor dos Enfermeiros pelo judiciário, foi documentada minuciosamente no *site* do Conselho Federal de Enfermagem (<http://www.portalcofen.com.br>), que documenta outros aspectos das disputas judiciais desencadeadas pelo CFM com a corporação dos enfermeiros.

Algumas racionalidades médicas e práticas terapêuticas “não ortodoxas” despertaram uma reação de rechaço por parte das entidades médicas no período analisado. No contexto dessa reação, pôs-se em discussão no meio médico, mais uma vez, a racionalidade biomédica vigente. A Resolução do CFM nº 1.499, de 26 de agosto de 1998, proíbe o uso médico de “práticas terapêuticas não reconhecidas pela comunidade científica”. Para tal determinação, são utilizadas diversas justificativas, entre as quais o “surgimento e a proliferação de práticas pretensamente terapêuticas, à margem do conhecimento científico aceito pela comunidade acadêmica” e o Artigo 124 do Código de Ética Médica, que veda ao médico “usar experimentalmente qualquer tipo de terapêutica ainda não liberada para uso no País, sem a devida autorização dos órgãos competentes e sem consentimento do paciente ou de seu responsável legal, devidamente informados da situação e das possíveis conseqüências”.

A matéria do *Jornal Medicina* que veicula essa Resolução, também publica um texto de apresentação dessa norma, segundo a qual: “praticamente todas as chamadas terapias alternativas jogam com a credibilidade popular, com a credence e a falta de informação que grassa e atinge gravemente nossa sociedade” [MED, 98: 22]. Não teriam base científica terapias como cromoterapia, iridologia, florais de Bach, aromaterapia, fitoterapia⁴⁷ e outras tantas práticas. Segundo a matéria, “é preciso que a terapia *alternativa* tenha sua eficácia demonstrada cientificamente. Caso isso ocorra, deixará de ser *alternativa*. Ou seja, o reconhecimento científico a colocará no campo médico”. Esse reconhecimento científico, testado objetivamente pelo conhecimento ilustrado, também é discutido em dois artigos de opinião no mesmo número do jornal, como comentários acerca do Artigo 124 do Código de Ética Médica, que já foi citado.

Os argumentos utilizados nos dois artigos, que têm perfil diferenciado, são relevantes e reveladores. Num deles, que reforça o teor do referido Código, revela-se uma face paradoxal da racionalidade médica. Há uma crítica à credence das práticas alternativas e diz-se que “para que qualquer procedimento, seja diagnóstico ou terapêutico, possa ser utilizado [pela medicina], princípios rígidos de investigação deverão ser *religiosamente* respeitados” [MED, 98: 6] (grifo meu). Há uma face religiosa na ciência e na medicina, que é relativa à subordinação inquestionável aos seus princípios. Há um regime de verdade que não é demonstrável: deve ser aceito dogmaticamente...

Outro artigo, de um profissional especialista em geriatria e gerontologia, afirma que não é tão claro o limite entre os recursos terapêuticos válidos ou não, principalmente quando se trata de clientela com especificidades como a da terceira idade. Experiência, razão, incertezas e o desejo de ajudar interferem na escolha das melhores alternativas, que não devem produzir dano. Entretanto, “o placebo poderia ser considerado o mais eficiente ‘medicamento’ ao alcance dos médicos, posto que até 20% de todas as patologias apresentam alguma resposta terapêutica a formulações consideradas inócuas” [MED, 98: 6].

Embora com competências restritas à medicina, o CFM reivindicou que os efeitos de sua Resolução fossem incorporados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Em matéria publicada em dezembro de 1998 [MED, 100: 11], o Conselho registra seu descontentamento com a não retirada do mercado dos florais de Bach pela área de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, mesmo “passados cinco meses” desde a proibição aos médicos do seu uso. Há um evidente movimento de reivindicar para a medicina o arbítrio das questões relativas à saúde, à organização dos serviços e do próprio sistema de saúde.

Dois artigos, posteriormente à Resolução do CFM nº 1.499/98 e à veiculação das principais questões relativas à Medicina Baseada em Evidências, problematizam explicitamente os limites da racionalidade biomédica e sua refratariedade às demais racionalidades médicas e procedimentos de cientificidade. Um deles reporta-se particularmente à Resolução nº 1.499/98 [MED, 103: 8-9] e foi publicado na sessão de Bioética. Diz o artigo, que a decisão terapêutica deve basear-se em uma gama mais ampla de fatores do que

⁴⁷ Na dinâmica, algumas vezes caótica, de argumentos relativos à racionalidade biomédica não é possível deixar de ver heterogeneidades bastante criativas (*cantos de sereia* interpostos nas próprias *linhas de rota?*). Uma das diversas matérias com questões relativas à história da medicina que foram veiculadas nas publicações analisadas, refere-se à fitoterapia e às práticas médicas não-escritas: “a medicina não-escrita vem sobrevivendo aos demais desdobramentos da medicina, caracteristicamente cumulativos. (...) A primeira página não-escrita da medicina foi o canteiro de ervas, e o primeiro livro, o horto medicinal” [MED, 122/123: 5].

é considerado cientificamente correto e aceito pela comunidade científica: “As preferências dos pacientes, ao lado de indicações médicas, fatores socioeconômicos e qualidade de vida são critérios para decidir eticamente numa dada situação” (p. 9). Não bastariam resoluções corporativas para tal.

Segundo o artigo, há um limite de coerência nas premissas aceitas atualmente: “De acordo com o pensamento dominante, uma prática somente pode ser considerada científica quando produz efeitos específicos (é eficaz) e pode ser justificada com apoio em hipóteses, leis e teorias correntemente aceitas (há uma explicação racional e sistemática dos seus efeitos)”. Considerando que as duas premissas devem ser verdadeiras conjuntamente, “não se poderá reconhecer como científico um procedimento ou intervenção carente de uma explicação razoável, mesmo que as evidências confirmem sua efetividade”. Um certo alargamento dessas premissas, não possibilitado às ditas *práticas alternativas*, é o que permite que “a maioria das intervenções médicas hoje realizadas ainda não disponha de evidências consistentes e suficientes que recomendem o seu uso seguro e eficaz, conforme estimativas rudimentares de alguns autores” (idem). Para o autor, o combate ao charlatanismo e à mercantilização da profissão médica devem ser feitos com veemência. Mas é preciso muito cuidado na classificação de verdadeiro ou falso, “particularmente numa área tão complexa como a saúde dos seres humanos, influenciada por fatores econômicos, políticos, psicológicos, sociais, culturais, históricos ou religiosos, num campo de conhecimento em permanente mutação”. Esse cuidado, no caso específico, é importante porque “a chamada medicina alternativa pode ensinar lições que, se ignoradas peremptoriamente, atentam contra o fim comum de uma boa medicina, humana e cientificamente apoiada” [MED, 103: 9].

Outro artigo assinado, também publicado na sessão de Bioética do Jornal Medicina, aprofunda essas questões da insuficiência da racionalidade científica atualmente praticada, abordando o limite do paradigma biomédico [MED, 111: 8-9]. Diz o artigo que “a biologia molecular permitiu grandes progressos na compreensão de muitos fatos, mas está longe de explicar a vida e de propiciar a solução para a imensa maioria dos problemas médicos” (p. 8). A vida não está restrita à estrutura anatômica e às reações químicas do organismo como ainda parece indicar boa parte do conhecimento médico-biológico atual. “A vida constitui uma sinergia ente ordem e caos, entre matéria e energia, e já é tempo de a medicina se libertar das representações mecanicistas da física linear do passado” (p. 9). É preciso dar “um salto quântico para ser mais eficaz e eliminar a iatrogenia conseqüente do reducionismo cartesiano dominante”, diz o artigo. É preciso enxergar para além do atual paradigma, já que “todos os grandes passos da ciência foram dados por pessoas que enxergaram além do paradigma vigente à sua época” (p. 9).

Relativamente às práticas alternativas, é preciso compreendê-las e estudá-las a partir de conceitos mais abrangentes e consentâneos com os conhecimentos que a ciência já tem sobre o homem e o universo, diz o artigo. Assim, poderão auxiliar a medicina a avançar numa direção mais eficaz e menos iatrogênica. Deve-se proceder a uma mudança de foco: “o bem-estar dos doentes deve estar sempre acima da vaidade, dos preconceitos e das discussões científicas calcadas em estereis posições ortodoxas, sectárias e arraigadamente defendidas como inabaláveis, como se a ciência fosse algo plenamente acabado e definitivo” (p. 9).

Tal movimento, segundo o autor, poderá ser produzido com a construção de um novo paradigma, “inacabado e talvez inacabável”, próprio do pensamento complexo e interdisciplinar compatível com o atual ciclo histórico, repleto de incertezas. Segundo o autor, cada médico deve fazer uma constante revisão de sua prática clínica, para incorporar nela novas teorias e novos conceitos. Ao invés de critérios rígidos e obsoletos, “a condição *sine qua non* para a aceitação de novos métodos terapêuticos é que eles sejam coerentes com as novas visões, eficazes e não-iatrogênicos” (p. 9).

O conjunto de posições, sejam oficiais das entidades médicas estudadas e declaradas como tal, sejam permeabilidades que tiveram trânsito nos veículos de divulgação dessas entidades, auxilia a recompor o mapa do território da medicina tal como é traçado pela razão biomédica. Mostra que, a despeito de inúmeras tentativas de fixar limites e “depurar” as racionalidades vigentes (MBE, Projeto Diretrizes, marketing institucional e Resoluções com a preservação do interesse corporativo), a vida pulsa mais forte no compromisso ético que existe entremeadado em muitos sujeitos da profissão médica (existem “dobras” nesse discurso oficial, fala-se de outras racionalidades e práticas e aponta-se o limite da racionalidade biomédica). Não indica um unívoco contorno, mas um contorno fluido e movediço, que alimenta a cartografia. Nesse con-

texto, ainda se pretende enxergar nos documentos analisados duas outras referências: qual o futuro previsto para a medicina e qual é, afinal, o sujeito com o qual o médico estabelece sua relação? Buscar-se-ão novos dados, já que, mesmo nesses aspectos, há uma grande quantidade de idéias já registradas.

4.2. O futuro da medicina na visão dos médicos

Dizem os documentos que é preciso fortalecer o papel do médico na sociedade do futuro: melhorar sua formação e capacitá-lo a “trabalhar com uma sociedade consciente” e a respeitar o direito à informação e a autonomia do doente, rever as formas de vinculação do médico com os serviços e com o sistema de saúde. “É importante e mesmo necessário que se resgate o papel do médico, figura de confiança do paciente, de sua família, da sociedade, e que trate não apenas da doença, mas, sobretudo do doente”. Para fazer isso, “o melhor caminho é o da parceria: a sociedade brasileira deve participar desta discussão, pois é para ela que o trabalho médico é dirigido” [RAMB, 47(2): 85-6]. Há uma frequência expressiva nesse enunciado por parte das entidades médicas, como demonstra o depoimento de um dirigente: “a sociedade necessita de uma medicina forte, o que não se concretizará sem o médico devidamente prestigiado e reconhecido” [MED, 110: 26-7].

Embora seja um aspecto incomum nos artigos da RAMB, a medicina também pensa seu futuro com uma ampliação de perspectiva para todos os segmentos da sociedade. “A doença da saúde é grave, mas parece haver remédio para ela” diz um Artigo Especial [RAMB, 45(4): 312-6].

A solução, que parece estar anunciada na prioridade que a saúde invariavelmente tem nas pesquisas de opinião pré-eleitorais, é a organização de um sistema de saúde capaz de atender às necessidades que se expressam, inclusive dos médicos. Mas, para isso, prestadores de serviços e profissionais precisam unir-se às demais forças que pressionam pela reorganização do sistema de saúde, “mas não parcial e corporativamente como foi executado até agora por nossas entidades de classe” (p. 316). É possível organizar um sistema nacional de saúde com três componentes: um estatal, outro privado e um componente que permita o exercício liberal da profissão médica (70% da população brasileira não tem qualquer possibilidade financeira de acessar ações e serviços que não sejam mantidos integralmente pelo poder público, registra o artigo). O componente estatal precisará ser responsável, de acordo com o que propõe o artigo, por um conjunto de políticas intersetoriais (água potável para consumo, destino do lixo, saneamento, habitação, comunicações, energia elétrica), pelo conjunto das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (campanhas educativas, vacinação), por um conjunto de serviços interligados (postos, policlínicas e hospitais, inclusive dos equipamentos necessários e do pagamento de salários “adequados” aos trabalhadores – “médicos e paramédicos” – com um plano de cargos e salários que preveja responsabilidades e participação crescentes, “como ocorre com promotores, juizes e militares”), pela produção “sistemática e permanente” de medicamentos e insumos, pelas políticas de ensino, pesquisa e assistência à saúde. Precisarão coexistir com esse componente, prognostica o artigo, as modalidades onde o trabalho médico será contratado (a assistência privada de caráter comunitário, planos e seguros privados e mistos, cooperativas médicas) e também a assistência médica liberal, prestada diretamente em suas clínicas e consultórios e paga diretamente pelos clientes [RAMB, 45(4): 312-6].

Se o reconhecimento de um sistema em que o exercício liberal não seja o principal componente já se mostrou incomum, localizar, entre os artigos publicados pela RAMB, um prognóstico onde há subordinação do trabalho médico a um sistema de regras e fluxos determinados por decisões externas à corporação foi ainda mais atípico. Parece relevante, entretanto, destacar que esse prognóstico transitou na principal publicação científica “não especializada” das entidades médicas, apenas um ano após a promulgação da nova Constituição Brasileira que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), configurado legalmente de forma muito similar à descrita no Artigo Especial da RAMB.

Se o futuro é complexo, se há vários futuros possíveis, também não será única a definição que se faz do “outro”. Nas análises feitas até aqui, parecem configurados, invariavelmente, dois planos de possibilidades: um “paciente” mais objetualizado, configurado pelo paradigma biomédico; e outro menos previsível, mais múltiplo, mas desassossegador (ainda assim “paciente” na maior parte das referências). Mas nesse campo houve um conjunto mais desestabilizador de eventos, no período estudado, que merece melhor análise.

5. O “OUTRO” DA PRÁTICA MÉDICA: QUAL “PACIENTE”?

A análise do perfil dos artigos da principal publicação científica das duas entidades médicas brasileiras citadas mostrou que as questões relacionadas com as doenças e adoecimentos têm uma frequência expressivamente maior do que os demais temas associados à prática e ao desempenho médicos. Esse aspecto permite afirmar que as influências do paradigma biomédico seguem vigentes na configuração da medicina atual. A busca de temas que pudessem revelar, a princípio, inovações na visão do “outro” das práticas médicas também não se mostrou produtiva na análise do perfil das produções científicas. Na maior parte das produções científicas, mesmo aquelas analisadas com maior profundidade por não estarem focadas apenas na doença, encontram-se “pacientes”, órgãos biológicos e outras situações clínicas típicas. A motivação para a reflexão científica dos médicos e para a sua produção, bem como a política para sua circulação, esgotam-se, na maioria das vezes, num ser impessoal. Num ser *assujeitado* pelo olhar e pelo discurso que fazem os médicos a seu respeito, num ser *assujeitado* pela experiência clínica, clínica de sinais e sintomas, de graves evidências e demandante de urgentes condutas médicas. O perfil predominante é aquele configurado pelo paradigma da biomedicina e a análise dos seus enunciados parece idêntica àquela feita para identificar o nascimento da clínica (Foucault, 1980).

Entretanto, um artigo publicado no primeiro número do período que está compreendido pela análise, aborda justamente essa questão [RAMB, 44(1): 35-42]. Sugestivamente denominado “A interação médico-cliente”, o autor chama a atenção sobre como está constituído o sujeito com o qual o médico se relaciona: “a palavra ‘paciente’ traz implícita a idéia de uma passividade e de uma posição hierarquicamente inferior, que muitas vezes está na origem do fracasso terapêutico” (p. 35). O autor lembra que a questão da denominação quer caracterizando esse outro, quer caracterizando a relação entre ambos, não é uma questão meramente semântica: “as denominações propiciam e induzem diferentes maneiras de olhar e de compreender” (p. 38).

Também no contexto em que se dá o atendimento a uma pessoa doente, segundo o autor, não há como pensar que haja um encontro abstrato, descontextualizado e isolado, como parece indicar a generalizada expressão “relação médico-paciente”. Há que se pensar ao menos algumas “triangulações”: médico-enfermidade-cliente, médico-família-cliente, médico-instituição-cliente. Compreender o sentido que adquire a doença para cada cliente, em cada contexto familiar e institucional permitirá ao médico maior capacidade de mobilizar recursos terapêuticos subjetivos e comportamentos objetivos, seus, do cliente, da família e da instituição. Evitar “padrões rígidos” é a única “fórmula” válida para todos os clientes e situações, segundo o artigo. A capacidade do médico de mobilizar um “conjunto variável de atitudes” poderá contribuir para que a interação com o “cliente” transforme-se numa “aliança de trabalho” e a terapêutica escolhida tenha mais efetividade. O artigo, na realidade uma “Comunicação”, chama a atenção pela diferença na abordagem que faz, relativamente ao cliente.

A presença de um “outro” da prática médica, com existência particular e direito de protagonismo, aparece com frequência nas discussões feitas a partir da bioética. Um Editorial da RAMB [RAMB, 45(4): 289] chama a atenção para a necessidade de que a pesquisa médica envolvendo seres humanos observe as orientações bioéticas existentes hoje no país e no mundo. Esse também é o foco de um Artigo Original [RAMB, 45(4): 295-302] que relata uma pesquisa realizada para identificar como a política editorial dos principais periódicos brasileiros da área da saúde trata a questão da bioética na divulgação dos seus artigos.

Nas instruções aos autores de 139 revistas científicas brasileiras da área da saúde, foi constatado que 79% delas não fazem qualquer referência aos aspectos bioéticos da pesquisa para a publicação de arti-

gos. Ou seja, “na maioria das revistas científicas brasileiras há pouca preocupação em relação aos aspectos éticos da pesquisa em seres humanos” (p. 295). Nem mesmo a obrigatoriedade de consentimento e esclarecimento aos participantes é condição para publicação de artigos, o que pode ser relevante para a pesquisa, já que a política editorial das revistas científicas é importante para o desenvolvimento científico (porque a publicação de artigos tem sido um dos principais mecanismos para a avaliação de produtividade de pesquisadores e instituições, lembra o artigo). Cuidados em relação aos limites da pesquisa envolvendo seres humanos vêm sendo normatizados desde a elaboração do Código de Nuremberg, em 1947, pelo Tribunal que julgou os crimes de guerra da Segunda Guerra Mundial, ainda destaca o artigo. Novos procedimentos foram adotados a partir de 1964, com a Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial. No Brasil, os Códigos de Ética Médica, de Enfermagem e Odontológica também normatizam procedimentos para a pesquisa em saúde e para as publicações científicas, bem como duas resoluções do Conselho Nacional de Saúde brasileiro, que abrangem qualquer procedência da pesquisa em saúde.

Além das normas para a pesquisa, as questões e a abordagem própria da bioética também estiveram presentes nas publicações do *Jornal Medicina* e do *Jornal da AMB*, conforme já foi relatado. Invariavelmente resgatam múltiplas dimensões do homem e da vida, alocando-as, como desafio, a padrões éticos para a clínica médica e a produção/circulação de conhecimentos e tecnologias. Se esse “outro” da prática médica é constituído pelas falas a seu respeito, o que pode indicar um limite importante para a clínica, segundo se diz nas fronteiras do Território da Medicina (no centro ele é apenas o “paciente”), há limites definidos pelas normas de bioética para a atuação dos profissionais, inclusive no que se refere à produção de “avanços” para a ciência.

Na abordagem das doenças, um aspecto mostrou-se freqüente nos artigos e transversal aos diversos temas abordados neles: a morte. Esse aspecto foi freqüente também nas demais publicações das entidades médicas e mobilizou vários discursos veiculados por outros meios de comunicação no período compreendido na análise.

A morte é um aspecto relevante também nas análises da trajetória da medicina moderna: conforme foi demonstrado por Foucault (1980), a reorganização epistemológica da doença, que se despreendeu da metafísica e se alojou no corpo, assumindo uma forma positiva na morte, foi a condição histórica que permitiu o surgimento da clínica.

Além desse aspecto, foi significativa nos documentos analisados a freqüência com que apareceram as expressões “morte”, “morte iminente”, “pacientes terminais”, “pacientes em fase terminal”, “pacientes em iminente risco de vida”, “paciente sem perspectiva de cura”, “paciente sem perspectiva de recuperação”, “pacientes sem esperança de vida” ou “pacientes com pouca esperança de vida”. Assim, fez-se um recorte em torno deste tema nos documentos das entidades médicas, bem como em outras fontes que veiculam o discurso médico sobre esse tema.

5.1. Sobre a morte e o morrer no discurso médico

A constatação da morte do “paciente” ou sua iminência presumida representam uma situação limítrofe para o conhecimento e a prática médica. O que dizem sobre essa situação os documentos médicos pesquisados (como é abordada essa situação no discurso médico), como se constitui o discurso médico sobre a morte e o modo como esse discurso articula-se com os demais discursos na sociedade sugerem outras informações sobre o “outro” da prática médica.

A discussão sobre esse “outro” teve um forte estímulo com a entrada em vigor da Lei Federal nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, relativa à remoção de órgãos, tecidos ou partes do organismo humano para fins de transplante ou tratamento. Esta Lei foi regulamentada pelo Decreto Federal nº 2.268, de 30 de junho de 1997. Lei e Decreto foram parcialmente alterados e regulamentados quanto aos aspectos específicos por diversos instrumentos legais posteriores, que não serão objeto desta análise. Apenas interessa verificar que a remoção *post mortem* de partes do organismo humano para transplante, na vigência desta Lei, teve alterado seu critério básico: da doação consentida, princípio existente desde a primeira Lei sobre o assunto

no país⁴⁸, em que havia a necessidade de expressa decisão do doador em vida ou de consentimento de seus familiares, passou-se ao princípio da doação presumida, onde apenas estavam excluídas da condição de “doadoras” as pessoas que, em vida, tivessem expressado formalmente sua contrariedade. Esse princípio legal foi revisto em decorrência de uma forte pressão social e política, tendo sido recolocada a necessidade de consentimento expresso da família para a retirada de órgãos após a morte⁴⁹. Na realidade, o rol de “excluídos” da condição de doadores compulsórios de órgãos, tecidos ou partes do organismo sempre foi maior. Nele estão incluídos:

- “Portadores” de condições clínicas recentes ou antigas que, de acordo com o conhecimento médico, possam “ameaçar” a saúde daqueles para os quais os órgãos, tecidos ou partes do organismo serão destinados. Ameaçam, portando, deste ponto de vista, o sucesso do próprio procedimento. Essa condição de “portador”, na realidade, equivale à “memória” biológica da doença, identificada por meio de testes laboratoriais ou de informações sobre esses acontecimentos obtidas na “história clínica” e devidamente registradas no “prontuário médico”. Na maior parte das vezes, aplica-se aos órgãos e tecidos disponíveis para remoção uma espécie de “validação preventiva”, já que somente serão transplantados ou enxertados após a realização de testes de triagem para diagnóstico de infecções e infestações que não contra-indiquem esses procedimentos. Testes com essa finalidade dispendem recursos financeiros e materiais e o envolvimento de profissionais. Portanto, um *screening* que diminua, previamente, o número de órgãos a serem testados terá legitimidade técnica para ser feito, já que diminuirá os custos decorrentes da testagem. Na prática, o que se vê é uma proximidade muito grande entre alguns valores morais que circulam na sociedade e o formato das indicações “técnicas” para a doação de órgãos e tecidos⁵⁰. A avaliação médica e o olhar do médico sobre o corpo indicam ou contra-indicam, portanto, os órgãos e tecidos para a utilização em transplantes e enxertos. Assim, haverá corpos e órgãos adequados ou inadequados para o transplante, a serem definidos pela avaliação médica;
- Cadáveres cuja causa, condição ou tempo decorrido da morte permitam supor que tenha havido dano à função biológica dos órgãos, tecidos ou partes que poderiam ser retiradas para transplante ou enxerto. Novamente a “competência” para a doação é estabelecida pela ameaça ao sucesso do procedimento que será realizado. Aqui também a avaliação médica, antes até do que a constatação objetiva do dano biológico, define o destino dos órgãos e tecidos, habilitando-os ou não à utilização em transplantes e tratamentos;

⁴⁸ Pesquisa feita junto à biblioteca virtual e ao banco de dados da legislação nacional do Senado Federal (www.senado.gov.br), e junto ao banco de legislação da Casa Civil da Presidência da República (www.planalto.gov.br) permite apontar que a primeira lei que regula o assunto no Brasil foi a Lei Federal nº 4.280, de 6 de novembro de 1963.

⁴⁹ A redação original da Lei Federal nº 9.434/97 previa, em seu Artigo 4º, que, “Salvo manifestação de vontade em contrário, (...) presume-se autorizada a doação de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano, para finalidade de transplante ou terapêutica *post mortem*”. Esse artigo foi modificado de forma definitiva pela Lei Federal nº 10.211, de 23 de março de 2001, e de forma temporária por sucessivas Medidas Provisórias entre 1997 e 2001. A atual redação é a seguinte: “A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscripto por duas testemunhas presentes à verificação da morte” (Lei Federal nº 10.211, Art 1º).

⁵⁰ Há alguns anos, para exemplificar, diversas Organizações Não-Governamentais vêm denunciando as normas relativas à doação de sangue, que vedam expressamente a inclusão de homens que se declaram homossexuais entre os doadores. Uma inadequada associação entre homossexualidade masculina (transformada em fator de risco) e a transmissão de doenças associadas mais frequentemente a comportamentos sexuais (sexo sem proteção, troca freqüente de parceiros etc.) permite uma transposição dos conceitos de diagnóstico (no caso, a constatação laboratorial das doenças) e as características/modos de vida de cada um. Homossexuais masculinos declarados passam a ser “portadores em potencial” de doenças, o que os exclui da possibilidade de doação, enquanto que os “não declarados” terão seu sangue coletado e submetido aos testes laboratoriais que, quando for o caso, constatarão as doenças. Fica evidenciada a valoração moral, mais que a análise técnica (que deverá ser feita pelo estudo laboratorial e/ou constatação da doença, se existente). O Grupo Gay da Bahia (www.ggb.org.br) e o antropólogo Luiz Mott (Mott, 2000) têm se destacado nessa discussão no Brasil.

- Cadáveres em que não houve a definição médica da causa do óbito. Nesse caso, a remoção de partes do organismo somente poderá ser realizada após os procedimentos do serviço de verificação do óbito para a investigação da causa. A tecnologia médica tem a designação legal para reconhecer, por meio de sinais ou fenômenos biológicos junto ao cadáver, desordens sociais que envolveram o organismo quando vivo e a obrigação de descrevê-los e interpretá-los em documentos oficiais, que serão utilizados nas investigações policiais, quando for o caso, e nas estatísticas sanitárias⁵¹. Com o desenvolvimento da tecnologia médica, houve inclusive a possibilidade de isolar, no conjunto desses indícios, aqueles que podem identificar e descrever as desordens sociais, bem como seus autores e as situações em que foram produzidas. O cadáver é, desse modo, uma prova de crimes e, como tal, tem mais relevância social do que a doação de órgãos;
- Cadáveres sem identificação. Da mesma forma que no item anterior, fica aqui enunciado um risco que é anterior ao poder e à competência médica: o risco do crime da morte provocada para utilização de órgãos e/ou a sua comercialização. O saneamento desses riscos ou sua prevenção está afeto a outra tecnologia, derivada do direito, que estabelece fluxos administrativos próprios, os quais devem permitir a adequada investigação. Mas ainda assim, a justificativa desses fluxos está na necessidade de que o saber médico, relativo à patologia e à medicina legal, esclareça as causas da morte e as circunstâncias em que ela se deu, através da análise dos órgãos e tecidos do cadáver, processo que se realiza mesmo quando não há a expectativa da retirada de órgãos para transplante. O limite estabelecido para a utilização *post mortem* dos órgãos e tecidos do organismo humano está na possibilidade de que essa utilização encubra ou mascare a desordem social: o crime contra a vida biológica, principalmente se envolver a morte para o comércio de órgãos e tecidos. Veja-se que no indício da violência que produziu a morte do indivíduo, estará sendo buscada a preservação da ordem social.

Há uma forte presença da prática e do conhecimento médicos nesses instrumentos legais que regulam o transplante de órgãos, tecidos e partes do corpo humano. Um reconhecimento explícito do poder médico nas definições sobre o organismo humano. Uma articulação íntima entre o discurso do Estado, organizando e dirigindo o Sistema Nacional de Transplantes, o discurso legal, expressando um conjunto de normas que regulam as práticas e as possibilidades relativas ao assunto, e o discurso médico, emprestando aos dois primeiros legitimidade técnica e possibilidade operacional. Nesse contexto, as discussões sobre a morte e o morrer, que surgem no interior da corporação médica por ocasião das mudanças na legislação relativas ao transplante de órgãos e tecidos, têm características que merecem ser analisadas e auxiliam a descrição do “outro” da prática médica no contexto atual. Também apontam um limite no modo de produção de conhecimentos da biomedicina.

As principais características das discussões sobre esse tema são relativas às mudanças nos rituais para constatar a morte. Diz a Lei Federal nº 9.434/97, no seu Artigo 3º, que a “retirada *post mortem* de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica” (grifo meu), que deverá ser “constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos

⁵¹ A identificação médica da causa do óbito, em todos os óbitos, é um dos principais mecanismos para a elaboração de estatísticas sanitárias. É obrigação do médico atestar a causa do óbito, segundo determina o Decreto Federal nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932. Por meio da Declaração de Óbito (DO), será registrado o conjunto de eventos que a tecnologia médica identifica como a causa do óbito e este documento será imprescindível para o registro civil do óbito, conforme determina a Lei Federal nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973. Somente em localidades que não disponham de médico, o registro civil, que permite a circulação e o enterro do corpo, poderá ser feito mediante a presença do representante da família e duas testemunhas. As estatísticas produzidas a partir dessa fonte são identificadas como os principais indicadores “de saúde” para estudos e para a organização do sistema de saúde. A responsabilidade médica pelo preenchimento da DO, bem como um conjunto de definições e fluxos que padronizam a organização dessas estatísticas, foi definida também na Resolução do CFM nº 1.601, de 09 de agosto de 2000 [MED, 121: 18].

definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina”. Essa definição de competência foi absorvida agilmente pelo CFM e, rapidamente, foi expedida a Resolução nº 1.480, de 08 de agosto de 1997, que definiu e normatizou o ritual de constatação da morte e retirada de órgãos e tecidos. Essa Resolução substituiu a de número 1.346, de 08 de agosto de 1991, já que “novos dados da literatura internacional e a experiência dos profissionais de neurologia” [MED, 91: 14] permitiam reconhecer com mais precisão o momento da morte, inclusive em crianças menores de dois anos, que estavam excluídas da Resolução anterior.

A definição da morte encefálica como o momento da morte é, de fato, retirada da literatura internacional. Foi formulada nos Estados Unidos, no final da década de 60. Mais precisamente em 1968, por uma comissão *ad hoc* composta por 10 médicos, um advogado, um teólogo e um historiador, nomeados pela *Harvard Medical School*. O resultado do trabalho dessa Comissão foi publicado, no formato de uma instrução normativa, quase que imediatamente, no *Journal of the American Medical Association* (JAMA), um periódico de medicina, com reconhecimento e credibilidade científica internacional. Essa Comissão iniciou seus trabalhos um mês após a realização do primeiro transplante de coração, que aconteceu na Cidade do Cabo, na África do Sul. Essa nova definição de morte produziu algumas controvérsias e gerou muitos desdobramentos, inclusive legais, em diversos países. Algumas dessas controvérsias dizem respeito ao próprio objetivo do trabalho da Comissão. Para alguns autores, os “avanços da medicina (...) tornaram obsoleta a definição de morte – a cessação dos batimentos do coração – aceita durante séculos” (Rodrigues, 2000), tornando necessária a sua redefinição para orientar as práticas atualizar o conhecimento médico. Para outros, o desafio que precisava ser respondido era o de criar condições para mudanças na legislação americana, que considerava a morte instalada somente após a parada definitiva dos batimentos cardíacos e a interrupção da função cárdio-respiratória, inviabilizando a participação americana na “corrida ao desenvolvimento tecnológico dos transplantes de órgãos” (Coimbra, 1997).

Também houve controvérsias sobre os critérios utilizados para a constatação da morte encefálica, principalmente nos anos subseqüentes a sua divulgação⁵². No início da década de 80, um grupo de consultores nomeados pelo governo americano foi designado para reexaminar o assunto. Embora mais cauteloso do que o anterior, o relatório produzido pela nova comissão, também publicado no JAMA, corroborou a validade dos critérios apresentados inicialmente e apontou uma série de orientações a serem observadas, que representariam, de acordo com o relatório, “a essência da prática corrente em relação à determinação da morte” (Coimbra, 1997). Segundo Coimbra (1997), o relatório afirma que “centros médicos com substancial experiência em diagnosticar neurologicamente a morte não relatam qualquer caso de recuperação das funções encefálicas após uma cessação de 6 horas de duração, documentada através de exame clínico e eletroencefalograma confirmatório”.

Em 1995, um estudo realizado por um comitê da Academia Americana de Neurologia incluiu a análise de referências bibliográficas sobre o assunto, publicadas em periódicos médicos entre 1976 e 1994. Os relatórios anteriores, paradoxalmente, não faziam referência a qualquer estudo científico, apenas à *experiência médica acumulada*⁵³. Nesse estudo, afirma-se que, para o diagnóstico de morte encefálica, seria desnecessário qualquer outro procedimento (período de observação e/ou exame complementar confirmatório), exceto o exame clínico (incluindo a aplicação de testes clínicos, como o da apnéia). Novamente, são formuladas algumas críticas, principalmente relativas a aspectos metodológicos (Coimbra, 1997). Apesar das críticas e com algumas variações nos critérios e nos procedimentos empregados para comprová-los, a morte encefálica passou a ser um conceito largamente aplicado, mesmo em situações em que a pressão para os transplantes não acontece (Parizi e Silva, 1998; Rodrigues, 2000).

⁵² Para alguns críticos, desde a década de 1960, “olhares interessados constituíram visões peculiares da morte. Redefinir a morte não foi apenas um exercício técnico, mas um ato de conveniência estética, destinado a ‘ajeitar’ o paciente em coma desenganado, o morto e o doador de órgãos em uma única situação clínica” (Coimbra, 1998a).

⁵³ Para os críticos dos resultados do processo de trabalho desenvolvido e dos critérios para definição de morte encefálica, as duas comissões norte-americanas valorizaram excessivamente a vivência clínica em detrimento da “prática médica fundamentada em evidências científicas” enquanto que seus membros, quando indicados para analisar trabalhos científicos, certamente desaconselhariam a divulgação de artigos com conclusões e afirmações não embasadas em referências bibliográficas ou em estudos realizados com metodologias já validadas e reconhecidas cientificamente (Coimbra, 1997).

No Brasil, a articulação entre os discursos do Direito, do Estado e da Medicina sobre a morte encefálica também é antiga, mas não é a articulação histórica entre esses discursos o aspecto fundamental nesta análise. Trata-se de buscar a concepção de humano, onde uma análise das articulações horizontais e da construção vertical do conceito de morte encefálica na corporação médica brasileira (no caso, a sua apropriação, já que foi desenvolvido nos Estados Unidos ainda na década de 1960), ocupa destaque, uma vez que essa foi uma discussão bastante freqüente nos documentos das entidades médicas que compõem o campo de análise desta Tese.

Nos documentos produzidos no Brasil pelas entidades médicas, principalmente pelo Conselho Federal de Medicina, está descrito um contexto externo à corporação médica em que estão presentes dois focos de tensão importantes: um certo desconforto social sobre a mudança nas condições para a retirada de órgãos do corpo humano, supostamente advindo da nova legislação sobre transplantes, e também um conjunto difuso de questionamentos sobre a competência exclusiva do médico e a infalibilidade dos critérios médicos para fazê-lo. Há também um conjunto de dúvidas, veiculadas no próprio discurso dos médicos: os novos critérios de verificação da morte seriam válidos também para pacientes com doenças graves, “em estado terminal”, sob tratamento médico intensivo nos serviços de saúde e para todas as fases da vida? Quais os limites de aplicação do conceito normatizado? O novo discurso sobre a constatação da morte parece ter provocado um padrão de dúvidas inclusive aos próprios médicos relativamente à amplitude de sua utilização. O que diz o discurso médico nessa disputa por legitimidade para definir e constatar a morte do organismo humano?

Diante dos questionamentos externos, a resposta da corporação médica foi enfática na preservação de sua autoridade: lembrou-se que razões históricas de caráter científico, legal e religioso⁵⁴ fizeram com que “os critérios para o estabelecimento de conceitos de morte passassem a ser realizados por médicos” [MED, 91: 14]; “a verificação da morte por quaisquer critérios é um ato de competência do médico” [MED, 96: 04]. A corporação médica defende-se das críticas, apresentado-as como um ataque à “credibilidade da profissão médica” [MED, 91: 15], e acusando-as de ser “um desserviço” à ciência, à medicina, à saúde pública e à população brasileira [MED, 125: 3]. Desde o ponto de vista da corporação, não seria legítimo, portanto, qualquer questionamento sobre a autoridade historicamente delegada ao médico para definir e constatar a morte. Diz-se no meio médico que esse fenômeno é verificável no âmbito das competências médicas; sua observação e sua constatação implicam o uso de prerrogativas corporativas. Essa é uma competência que está expressa no texto legal! Mas, além de reivindicar o reconhecimento das suas competências, a corporação médica registra uma definição específica do que seja a morte. Diz o discurso médico que a morte é um fenômeno que acomete o organismo, pondo fim à vida biológica anteriormente existente e tornando-o um cadáver. É o momento da transição da vida (o organismo vivo, a viabilidade biológica) para o estado de organismo inerte, cadáver. E esse momento específico, graças ao avanço da ciência, tem uma possibilidade mais objetiva de ser identificado⁵⁵.

A causa do desconforto social, entretanto, é também de outra ordem: a definição médica de morte encefálica num contexto em que todas as pessoas passam a ser “doadores presumidos”, exceto se ativamente registrarem seu desacordo, desloca para a responsabilidade do profissional da medicina a decisão prática da retirada ou não dos órgãos, já que ela prescindia de qualquer outra autorização. Não parece o fato em si de o médico verificar e atestar a morte que se está questionando, mas o fato de que passaria apenas ao arbítrio do médico a retirada dos órgãos, subtraídos do corpo.

Essa suspeita pode ser reforçada pelo fato de que as duas primeiras leis brasileiras encontradas sobre transplantes (Lei Federal nº 4.280, de 6 de novembro de 1963 e Lei Federal nº 5.479, de 10 de agosto de 1968) já delegavam expressamente ao médico a constatação da morte e o dever de atestá-la, sem utilizar o conceito de morte encefálica ou qualquer outro que a definisse: era o olhar e a competência técnica do médico que a con-

⁵⁴ O argumento religioso para legitimar a constatação da morte, no contexto da transposição conceitual a que foi submetida, é recorrente. No relatório final da comissão *ad hoc* da *Harvard Medical School*, a única referência externa constante foi uma manifestação do Papa Pio XII declarando que cabia ao médico assistente a responsabilidade de assinalar o momento exato da morte (Coimbra, 1999).

⁵⁵ Como se viu, essa não foi uma definição produzida no país. Foi, na realidade, a incorporação pelos instrumentos legais com a prerrogativa de padronizar as rotinas entre os médicos brasileiros (Leis - do Poder Legislativo -, Decretos e Portarias - do Poder Executivo - e Resoluções do CFM) dos conceitos e dos procedimentos já definidos internacionalmente.

statavam para todo e qualquer efeito legal. Entretanto, a Lei de 1963 determinava um ritual administrativo para a retirada de órgão ou parte do corpo: além de estar “provada de maneira cabal a morte”, era preciso que esta fosse “atestada pelo diretor do hospital onde se deu o óbito ou por seus substitutos legais” (Art. 3º). Na Lei de 1978, a retirada de partes do organismo humano *post mortem*, precisava “ser precedida de prova incontestável de morte” (Art. 2º). Nesta segunda lei não há a determinação da responsabilidade da direção do hospital em constatar-la. Esse controle administrativo é substituído pela obrigatoriedade da realização do transplante em instituições “reconhecidamente idôneas” e que tiverem autorização e fiscalização dos “órgãos públicos competentes”. A Lei ratifica as prerrogativas dos médicos na determinação da morte e amplia o âmbito de suas competências: todos os procedimentos que envolvem as definições preparatórias e a retirada de órgãos serão realizadas por “médico de capacidade técnica comprovada” (Art. 4º). O ordenamento do sistema de transplantes estava dado pela fiscalização do Estado, numa íntima articulação com a Medicina. Existem diversos mecanismos de “segurança” para o ritual da morte, inclusive um plano de visibilidade: a parada cárdio-respiratória.

Na Lei de 1992, onde aparece citada pela primeira vez num texto dessa natureza a expressão morte encefálica, ela está relacionada não à retirada dos órgãos, que precisava ser autorizada expressamente pelos familiares, após estarem convencidos da morte, mas à imediata notificação dessa condição aos órgãos responsáveis pelo sistema de transplantes. A constatação da morte encefálica deveria mobilizar o sistema de transplantes, responsável por contatar a família e obter dela a autorização para a retirada de órgãos. É importante destacar que a expressão morte encefálica somente aparece num texto legal no país após a aprovação da primeira Resolução do Conselho Federal de Medicina definindo-a como o sinônimo “incontestável” da morte: “a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte, conforme já estabelecido pela comunidade científica mundial” (Resolução CFM nº 1.346, de 08 de agosto de 1991). Foi, portanto, somente após a corporação médica definir o momento da constatação da morte encefálica como o momento da morte “real” que essa definição passou para o texto legal como a condição primeira para desencadear o processo dos transplantes. Antes desse momento, nem mesmo a autorização dos familiares para a doação de órgãos teria capacidade de gerá-la. Somente após a constatação dessa situação específica pelo conhecimento médico haveria amparo legal para as providências da retirada, não sem antes compartilhar essa responsabilidade com os familiares: “constatada a parada total e irreversível das funções encefálicas do paciente, o médico, imediatamente, deverá comunicar o fato aos seus responsáveis legais, antes de adotar qualquer medida adicional” (Res. CFM nº 1.346/91, Inciso 5).

Nessa Resolução, também foram definidos os critérios para a constatação de tal situação em pessoas maiores de dois anos, já que havia dissenso, até então, sobre a adequação do uso de tais critérios antes dessa fase da vida. Já nessa Resolução aparecem dois critérios: a observação clínica e a interpretação médica do resultado de exames complementares. Ambos critérios fundados na observação pelo médico responsável pelo atendimento de ausência de atividade química e elétrica no encéfalo, segundo a avaliação de sinais, sintomas e registros em exames complementares relativos à função encefálica.

Vê-se, portanto, que o desconforto social não esteve associado somente aos critérios da constatação da morte, já que essa definição era anterior à Lei de 1997, mas a outro fator ou mesmo a sua associação com outros fatores. A definição médica de morte, colocada no contexto da nova lei dos transplantes, torna visível uma subordinação de todos os corpos humanos ao discurso médico e às tecnologias médicas, não apenas o organismo doente ou a doença, mas a definição própria da vida (feita em oposição à morte), da vida de todos. Parece que é à evidência sobre um certo desconforto das pessoas em estarem submetidas exclusivamente ao domínio médico por ocasião do reconhecimento da sua morte, mais do que a defesa dos critérios estabelecidos, que reage a corporação médica⁵⁶.

⁵⁶ A Resolução definindo critérios e procedimentos para a constatação de morte encefálica foi emitida em agosto de 1997, seis meses após a publicação da nova lei dos transplantes. Sobre a questão da consulta à família para a doação não há qualquer referência e tampouco está normatizada essa conduta aos médicos transplantadores. Apenas que, depois de constatada e documentada a morte encefálica, o profissional responsável ou outro a quem for delegada a tarefa, deve comunicar o óbito à família e à Central de Transplantes, medidas já indicadas na Resolução anterior. Nos anos de 1998 e 1999 é que aparecem as principais discussões sobre o assunto, inclusive com a participação de profissionais de outras áreas, discutindo os aspectos bioéticos relativos aos transplantes e à morte. Até então, a reação das entidades estava restrita à manifestação dos seus dirigentes.

Como já se viu anteriormente, a definição *científica* da morte encefálica, conforme aparece no discurso médico, é recente: até então a morte era definida como o momento em que se constata o estancamento dos batimentos cardíacos. No período que vai até o início da segunda metade do Século XX⁵⁷ era o silenciamento do coração, essa estrutura comum ao organismo, definido pelo discurso médico, e ao corpo, conforme concebido pelas pessoas⁵⁸, que definia o momento da morte. Entretanto, com “a importância cada vez maior dada ao cérebro como comandante das funções corporais, foi sendo progressivamente estabelecida a relação entre sua capacidade funcional e o conceito de morte” [MED, 91:14] de tal forma que, atualmente, quando o médico determina que a pessoa está em morte encefálica, “ela está de fato morta (...) nesse momento deixa de existir uma pessoa e passa a existir um cadáver” [MED, 91: 15]. “O critério de morte encefálica surgiu do progresso da tecnologia médica, que permitiu manter a perfusão dos órgãos mesmo com o encéfalo já total e irremediavelmente morto” [MED, 96: 04]. “O organismo não morre como um todo, morre por partes. E o encéfalo – por ter menor reserva metabólica e necessitar de suprimento permanente de glicose e oxigênio – morre antes, enquanto os outros órgãos continuam perfundidos” [MED, 96: 04].

O que se identifica no desenrolar dessa crise são argumentos que reivindicam para si o *status* de *científicos*, veiculados para a naturalização da nova definição médica de morte. Também a afirmação de que não é médico, mas cultural o problema que cerca a morte e que o desconforto social relativo aos novos critérios fora mobilizado por uma inadequada transformação do critério de doação por parte do poder público são argumentos reiterados. Há uma acusação direta ao governo brasileiro: “Com a doação presumida (...) o que resultou foi uma clara e imensa demonstração de falta de confiança por parte da população tanto no governo quanto em hospitais e, até – nos atingindo diretamente –, nos médicos”, diz um editorial do Jornal do CFM [MED, 90:3]. A confiança da população precisa ser reconquistada, continua o editorial, pois “não foram os médicos que criaram essa situação”. Os médicos, mesmo autorizados pela lei a retirar os órgãos depois de constatada a morte encefálica, devem manter “a conduta verdadeiramente moral e ética e só retirar órgãos quando houver (...) clara autorização” [MED, 90: 3].

Para constituir o trânsito desse discurso foram veiculadas as opiniões de diversos especialistas, como antropólogos, teólogos e bioeticistas. Também foram buscados os veículos da mídia de circulação geral, onde as entidades médicas manifestaram-se mais enfaticamente: “a lei não será cumprida pelos médicos” [Globo e FSP, 03/01/1998], “as entidades médicas convocam a sociedade a um movimento político de pressão sobre o Governo e o Congresso para mudar a lei” [FSP, 06/01/98], ou “CFM orienta os médicos a não retirar órgãos antes da autorização da família, porque a lei é um atentado contra a ética médica” [Globo, 04/01/1998]. Além disso, as entidades médicas também se manifestaram publicamente prevendo que a lei seria inócua, já que o problema dos transplantes não seria a doação, mas a infraestrutura dos serviços e do sistema de transplantes [FSP, 09/02/1997]. Essas posições oficiais influenciaram as declarações dos próprios representantes dos serviços, médicos como regra.

Como se pode verificar nesses fragmentos dos documentos pesquisados, há uma visível tensão entre o discurso médico, o Estado e a Lei. O governo e a nova lei dos transplantes são constituídos pelos repre-

⁵⁷ Situações que envolvem essa questão fazem parte do lendário médico. Conta a história da medicina que Versalius, famoso anatomista espanhol do Século XVI, ao realizar uma autópsia pública em Madri, em 1564, causou horror aos assistentes quando, ao abrir o tórax, constatou que o coração continuava batendo. Versalius foi obrigado a abandonar a Espanha [MED, 91: 14]. Mas não é apenas no passado remoto e em situações com tal dimensão que se observa a relação da pulsação do coração com a vida. Essa é uma definição que se atualiza regularmente no ato médico de buscar as pulsações arteriais para verificar desordens que indiquem doenças nos seus “pacientes”. Há uma mensagem contraditória do discurso médico, portanto: busca a vida na pulsação e, ao mesmo tempo, a nega em nome do encéfalo (Vaysse, 1995).

⁵⁸ O corpo, “origem e resultado” de longos processos de elaboração social (Crespo, 1990), tem dimensões diversas no discurso médico e nos demais discursos que transitam na sociedade. O corpo do discurso médico é um corpo somático, reduzido a “um conjunto de peças-órgãos intercambiáveis” (Vaysse, 1995), que será chamado de organismo (“conjunto dos órgãos que compõem o ser vivo”, diz-nos o Dicionário Aurélio) nesta Tese, para diferenciá-lo de um outro corpo, mais precisamente de um conjunto de outros corpos, traduções das marcas históricas, sociais e individuais, de valores espirituais e afetivo-emocionais. Tanto no organismo quanto no corpo, o coração desempenha papéis fundamentais: um “coração-bomba hidráulica” (biomedicina), que “governa com seu ritmo próprio a vida que seus batimentos autenticam” e um coração-sentimento (senso comum), “um dos lugares do corpo mais investidos para figurar certos valores da vida social, certas esperanças da vida espiritual, certos movimento da vida afetivo-emocional” (Vaysse, 1995: 40). Por isso, “o coração é tomado não como um fragmento isolado do corpo, mas uma parte valendo pelo todo, a saber, o sujeito em sua integridade humana” (Vaysse, 1995: 44).

sentantes das entidades médicas como os responsáveis pelo desconforto visível na sociedade e pela sua reação negativa à doação de órgãos, “um ato que é pura solidariedade humana” [MED, 90:3]. Essa tensão da corporação médica com o Estado (o governo, o sistema público de saúde e suas esferas de direção, no caso o Ministério da Saúde e especificamente o Sistema Nacional de Transplantes) não é nova. Torna-se visível em particular quando se trata da regulação estatal sobre as práticas de saúde. Especificamente em relação à lei de transplantes, o que parece haver é a tentativa de dar trânsito a um discurso que constitui a Lei e o Estado como únicos responsáveis pela reação dos brasileiros, rompendo com uma aliança que se mantinha até então, ao menos no que se refere às disposições sobre transplante de órgãos. Diz a corporação médica que a definição legal da doação presumida teria um efeito contrário ao pretendido, conforme já prenunciava o CFM antes da sua aprovação [MED, 90:3]. O Governo, especialmente o Ministério da Saúde, poderia, mesmo assim, ter prevenido o “pânico que atingiu boa parte dos brasileiros no momento em que souberam da entrada em vigência da nova legislação sobre transplantes” [MED, 90:3]. Segundo a mesma fonte, a lei “deixou o espaço de um ano entre a sua aprovação e a entrada em vigor exatamente para que duas coisas fossem realizadas: uma ampla campanha de esclarecimento e conscientização da população e a efetiva implantação do Sistema Nacional de Transplantes” [MED, 90:3].

A direção do CFM manifestou-se nesse sentido bastante precocemente. A análise das notícias e artigos veiculados no *Jornal Medicina* mostra, ainda no ano de 1997, a publicação de cinco matérias sobre o tema. Três delas no mês de fevereiro [MED, 78: 3; MED, 78: 8-9; MED, 78: 18-9], escritas no período imediatamente após a sanção presidencial.

Na primeira dessas publicações, um Editorial, o CFM manifesta contrariedade com o dispositivo da doação presumida, antevendo uma reação negativa da população. Em seguida, um reconhecido profissional da área da bioética registra preocupações relativas à observação de um princípio bioético elementar: a necessidade do consentimento informado. Segundo sua análise, “não há maneira prática de o Estado informar convenientemente os cidadãos excluídos do processo desenvolvimentista a complexidade do assunto, seus desdobramentos e conseqüências” (p. 8). A “reviravolta do princípio jurídico” sobre a doação de órgãos, que sempre foi afirmativo, coloca, segundo o artigo, um problema em que a lei, no intuito de adequar-se ao “extraordinário progresso biotecnológico”, negligencia a moral⁵⁹ seguida pela sociedade, o que trará conseqüências para a cidadania: “a construção do processo de cidadania de uma nação é lento e deve ser cimentado criteriosamente e em harmonia com o processo moral” (p. 9). Nessa avaliação, por ocasião da promulgação da lei brasileira, não existiriam as condições concretas para garantir a harmonia entre o progresso científico demonstrado pela tecnologia dos transplantes, os valores morais existentes na sociedade e a lei, o que consolidaria também um avanço bioético. Nesse contexto, melhor teria sido potencializar os mecanismos operacionais já existentes, sem alterar tal princípio jurídico, segundo o artigo.

Uma matéria geral, que coleta entrevistas com diversas autoridades dos poderes legislativo e executivo, além de médicos, foi publicada no mesmo número do jornal [MED, 78: 18-9]. Nela, o Presidente do CFM opina que a lei não resolverá o problema da disponibilidade de órgãos, já que existiriam problemas no sistema de transplantes. Essa será a posição institucional do CFM também na imprensa comercial nesse período.

Outras matérias sobre o assunto foram publicadas no *Jornal Medicina* no ano de 1997. Uma notícia a aprovação da nova Resolução do CFM sobre os critérios de constatação da morte encefálica [MED, 86: 5]. Duas matérias de opinião assinadas por autores com vinculação à área de bioética e uma posição institucional do CFM analisam e defendem, para o caso dos transplantes de órgãos, o descumprimento da lei federal e a aplicação do que está expresso no Código de Ética Médica, que veda ao profissional de “deixar, em caso de transplantes, de explicar ao doador ou seu responsável legal, em termos compreensíveis, os riscos de exames, cirurgias e outros procedimentos” (Art. 73). Sendo assim, segundo as opiniões veiculadas, deve

⁵⁹ A moral é conceituada pelo autor como um sistema de normas, princípios e valores com caráter histórico e social, que regulamentam as relações mútuas entre os indivíduos e com as instituições. Essas normas, que devem ser acatadas livre e conscientemente, por convicção íntima, não podem ser impostas a todos de “maneira mecânica, externa e impessoal”. Nesse contexto, a lei deveria estar em consonância com a moral seguida pela sociedade e com os parâmetros éticos por ela construídos no processo histórico e social [MED, 78: 8].

prevalecer o princípio bioético do “consentimento informado e esclarecido”, mesmo que em detrimento da disposição em contrário contida na lei federal.

Além dessas, uma última matéria sobre o assunto, veiculada em 1997, reitera o prognóstico de ineficácia da lei, já que não estariam sendo desenvolvidas ações suficientes para dinamizar o sistema nacional de transplantes e registra que, sobre a lei e os seus desdobramentos, não houve qualquer consulta prévia do governo federal “à entidade médica nacional científica e socialmente vinculada aos transplantes – a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos – ABTO” [MED, 88: 12]. As entidades médicas e os discursos que seus veículos de comunicação fazem circular demonstram um movimento de ruptura com as posições oficiais do governo e do legislativo federal.

Além desse movimento de ruptura, não há como não perceber duas transposições importantes nesse novo contexto. A primeira delas é que a morte torna-se objeto do conhecimento médico especializado. A segunda é que há uma objetivação maior e evidente no ritual necessário para constatar a morte (torna “objeto” o que era humano). Essas duas transposições têm conseqüências nas relações internas à corporação médica.

A morte não é mais um fenômeno biológico “simples”. Já não basta a tecnologia médica “comum” para descrever a morte. É o discurso especializado da neurologia, com suas tecnologias mais especializadas, que constituirão e desvelarão a morte, antes mesmo que qualquer outra especialidade: é preciso conhecer a anatomia e a fisiologia do encéfalo, mais precisamente do tronco cerebral⁶⁰, seus registros gráficos de perfusão sangüínea, de atividade elétrica e de atividade metabólica. É preciso dominar a representação gráfica que esses fenômenos produzem nos equipamentos e tecnologias especializadas para definir o momento exato da morte cerebral, que garante a manutenção dos órgãos transplantáveis. Essas tecnologias permitem a identificação do momento “exato” da morte, em que o “paciente” do discurso médico torna-se um organismo sem vida, o cadáver, que pode ser manipulado pelo interesse da ciência e chancela a retirada de seus órgãos.

Como conseqüência imediata dessa precisão, há um encurtamento drástico do tempo em que o corpo se mantém “inteiro”. Não há mais aquele tempo “de segurança” entre a constatação médica do óbito e o momento em que o corpo, *visivelmente* sem vida, é enterrado/cremado. Ao contrário, a morte do organismo acontece antes da morte do corpo: o coração ainda pulsa, mas está decretada a morte. Tempo em que se podia fazer a constatação empírica da descrição médica: não há movimento, não há reação do corpo, não há calor, logo, a morte do organismo pronunciada anteriormente pelo discurso médico equivale à morte do corpo; equivale ao fim da vida humana. É necessária uma subordinação maior ao conhecimento médico: a morte terá que ser aceita no momento e que ela for anunciada pelo médico. Depois desse momento, ainda que em presença de movimentos dos órgãos, eles serão retirados e o corpo não estará mais completo, estará “inviável”, mesmo para o senso comum.

A morte torna-se, definitivamente, um determinado padrão de registros clínicos e laboratoriais sobre os fenômenos biológicos relativos ao organismo humano, mais especificamente ao tronco cerebral: primeiro e fundamentalmente uma constatação clínica, confirmada posteriormente pelo resultado de exames laboratoriais. Do silêncio do corpo, a morte passa a ser o “silêncio” de alguns órgãos⁶¹.

⁶⁰ O tronco cerebral é a porção intermediária do Sistema Nervoso Central, localizado entre o cérebro e a medula espinhal, e composto por três segmentos (mesencéfalo, ponte e bulbo). Essa estrutura tem a função de mediar todas as informações que circulam entre a medula (responsável por quase todas as funções motoras e sensitivas do “organismo” abaixo da cabeça) e o diencéfalo, que regula a maior parte das funções sensitivas e motoras da cabeça e a atenção. Essa é a última de uma série de denominações que foram formuladas desde o final da década de 1960 para definir a “morte cerebral”. Conforme foram sendo formuladas novas descobertas, na maior parte das vezes em decorrência de estudos que mostraram insuficiências nos critérios anteriores, foram precisadas cada vez mais as estruturas cujo “silenciamento” definiria a morte (Coimbra, 1998a; Coimbra, 1999).

⁶¹ Silêncio Elétrico Cerebral (SEC) ou Inatividade Elétrica Cerebral são os termos que definem o padrão de registro da morte encefálica no Eletroencefalograma (EEG), que é um dos principais exames complementares para esse diagnóstico, segundo a Federação Internacional das Sociedades de EEG e Neurofisiologia Clínica. Conforme a Comissão nomeada pela Sociedade Brasileira de Neurofisiologia Clínica para elaboração de recomendações para o registro de EEG na suspeita de morte encefálica, esses termos definem “a ausência de atividade elétrica no EEG acima de 2 µV (microvolts), quando registrada por pares de eletrodos colocados no couro cabeludo a distâncias de 10 ou mais centímetros e com impedâncias intereletrodos abaixo de 5000 a 10000 ohms e acima de 100 ohms” (Luccas e outros, 1998). Para os rituais de metabolismo do afeto no momento da morte, essa é uma explicação demasiado técnica para emprestar ao sentimento de perda qualquer contribuição efetiva, como se pode imaginar.

A morte desencarna-se, de uma vez por todas, do corpo. Ela não é mais uma característica associada ao órgão que concentra a vida inteira (o “órgão-bomba hidráulica”, que gera a circulação sanguínea e garante o suprimento biológico, mas também o lugar que, na cultura ocidental, sedia a alma e os sentimentos); é, antes disso, um atributo de alguns órgãos do sistema nervoso central (o encéfalo, “a cabeça”, que é o lugar do conhecimento e da sabedoria). A morte pertence, desse momento em diante, definitivamente ao domínio do organismo, já que se torna possível – e comum – a situação em que o corpo, mesmo o “corpo somático” da medicina – mantém-se vivo, mas a morte é decretada porque apenas um pequeno conjunto de órgãos, o tronco encefálico, está “silencioso” (Vaysse, 1995). Essa dicotomia seria apenas uma hipótese em relação aos enunciados do “senso comum”?

Melhor analisar um pouco mais detidamente o que se diz, nesse período, em relação à morte e aos papéis que se estabelecem por sua decorrência. Em relação à prática médica, esse novo e mais preciso momento da morte deu destaque a um conjunto de papéis mais especializados, mas também um questionamento acerca dos compromissos da medicina. Esse segundo movimento muitas vezes aparece associado a discussões sobre ética médica e bioética, mas sob essa capa protetora também aparecem tópicos relativos ao primeiro movimento, mais caracterizado pela reação corporativa entrópica.

O primeiro movimento é mais visível nos documentos pesquisados e poderia ser descrito como um conjunto de ajustes na prática médica, principalmente entre as várias especialidades médicas, necessários à acomodação de mais um avanço tecnológico da medicina.

A primeira acomodação que foi feita no discurso médico é relativa à demarcação do domínio dos conhecimentos necessários à específica função de diagnosticar a morte e à interpretação dos registros gráficos que a morte produz⁶². Os novos conceitos e procedimentos produziram um destaque para a área da neurologia, como já foi registrado, e um primeiro movimento procurou desassociar esse núcleo de conhecimentos das críticas que as novas tecnologias são alvo: “Os neurologistas não são transplantadores. Nossa atividade principal é salvar vidas; diagnosticar a morte é nosso dever de ofício. (...) não se faz transplante de encéfalo e os profissionais de neurologia não têm interesse em fazer procedimentos de tal tipo” [MED, 91: 15]. Ou seja, afirma-se que se trata de um conhecimento cujo mérito está no seu próprio domínio e, ainda mais, na estrita relação com o campo da ciência, já que outro interesse não há, por parte desses especialistas, senão, neste caso, de oferecer o diagnóstico da morte, da impossibilidade do retorno à vida. Não há sequer a visibilidade do procedimento de transplantar, espetáculo tecnológico que sempre tem um espaço importante na mídia e é reconhecido como um procedimento para o qual é necessária uma grande habilidade técnica. Como se verá adiante, esse movimento responde também aos questionamentos feitos na própria corporação médica sobre a consistência dos novos critérios e procedimentos.

Uma segunda acomodação foi produzida horizontalizando as habilidades necessárias à verificação da morte. Há um evidente destaque dos conhecimentos e habilidades especializadas da área da neurologia no diagnóstico da morte, mas o fortalecimento desse discurso, num contexto de questionamentos externos, também implica na recomposição da relação horizontal com as demais especialidades.

Assim, a verificação da morte, diz-se nesses periódicos, implica somente no domínio das tecnologias dos exames complementares originados na área da neurologia: “os exames complementares a serem observados para a constatação de morte encefálica”, que são listados na seqüência em que devem ser realizados, tem como objetivo “demonstrar de forma inequívoca: a) ausência de atividade elétrica cerebral ou, b) ausência de atividade metabólica cerebral ou, c) ausência de perfusão sanguínea cerebral” (CFM, Res. 1.480/97). Entretanto, “o diagnóstico de morte encefálica é puramente clínico. Os critérios de ordem gráfica são válidos mais para salvaguardar a posição do médico do que propriamente fazer o diagnóstico (...)”

⁶² O Decreto Federal nº 2.268/97 define que “o diagnóstico de morte encefálica será confirmado (...) por dois médicos, no mínimo, um dos quais com título de especialista em neurologia reconhecido no país” (Artigo 16, Parágrafo 1º). Essa disposição cria uma forte tensão interna à corporação médica. Para um dos dirigentes do CFM à época, “restringir a confirmação da morte encefálica apenas aos neurologistas configura-se flagrantemente ilegal”, tendo em vista que “na legislação brasileira um médico legalmente habilitado para o exercício da profissão pode executar qualquer ato médico, respondendo ética, civil e penalmente pelo que faz” (Parizi e Silva, 1998: 158).

[servindo como] demonstraco gráfica inequívoca do diagnóstico de morte encefálica frente a quem não conhece o assunto” [MED, 91: 15]. Neste caso, o conhecimento especializado da neurologia serve como suporte ao avanço das possibilidades da medicina como um todo, garantindo maior segurança aos profissionais frente às reações dos familiares. Basta que, no exercício das prerrogativas médicas comuns a todas as especialidades, o profissional tenha domínio de um padrão de registros gráficos e do resultado esperado de alguns procedimentos específicos do exame clínico neurológico para poder definir, *inequivocamente*, o momento da morte⁶³. Ou seja, é suficiente que tenha desenvoltura na aplicao de um protocolo específico, definido pela corporao, bem como que tenha adquirido uma certa *experiência clínica* (habilidade em operar com os protocolos estabelecidos pela corporao) para exercer legitimamente a prerrogativa de determinar o momento exato da morte. É o exercício de uma “prática médica padronizada” (Coimbra, 1998b), mais que o acúmulo específico de conhecimentos da neurologia, que legitimar a constatao da morte⁶⁴. Essa mediao fortalece também uma coesão discursiva da corporao médica frente aos questionamentos externos.

Uma terceira acomodaco verificada nos textos analisados busca responder aos questionamentos que são feitos sobre os limites da aplicabilidade do novo conceito. Não sendo possível aplicar os critérios e os registros requeridos para a constatao da morte encefálica em recém-nascidos anencéfalos,  possível considerá-los como doadores [MED, 91:3]? Como ajustar os critérios para as crianças recém-nascidas, principalmente quando prematuras ou com doenças de prognóstico restrito, em que os resultados dos exames de verificao têm resultados dbios e que a demora no diagnóstico de morte pode inviabilizar o transplante de rgos [MED, 94: 8-9]? Esse movimento, que em momento algum põe em risco o paradigma biomédico, busca justamente seu fortalecimento: como avançar ainda mais na direo indicada por esse “progresso” da medicina, esse é o questionamento visível nos documentos que veiculam essas idéias.

Uma última acomodaco diz respeito à possibilidade de aplicar o conceito da morte encefálica também em situaes que não envolvam necessariamente a possibilidade de transplante de rgos. Na realidade, numa grande quantidade de textos percebe-se a busca de uma tecnologia *objetiva* para *resolver* questões que suscitam desconforto e insegurança nos médicos que atuam em contextos específicos (terapia intensiva, atendimento oncológico e de trauma etc.). Assim, propõe-se que o tema da morte encefálica seja mais amplamente divulgado para que possa auxiliar os profissionais que atuam nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) a enfrentar a situao da morte, diante da família e das suas próprias dificuldades [MED, 108: 28; RAMB, 47(3): 181-2].

Uma grande quantidade de artigos busca critérios mais objetivos para a decisão de interromper as medidas terapêuticas e para superar os dilemas éticos/morais/jurídicos decorrentes dessa decisão [MED, 110:17; RAMB, 47(1):17-8; RAMB, 47(2): 92; RAMB, 47(3): 244-8; RAMB, 47(3): 176; RAMB 47(4): 325-31; entre outros]. É importante registrar que o Jornal Medicina, particularmente em sua editoria de Bioética, veiculou em quase todos os números publicados, principalmente nos anos de 1998 a 2000, ensaios, entrevistas e resenhas sobre esse tema, com abordagens de profissionais de várias áreas do conhecimento. Mais uma vez, o que se vê nesse movimento de acomodaco é a tentativa de “avançar” na direo apontada pelas novas descobertas, buscando ajustes laterais (com outras áreas de conhecimento e outros campos discursivos). Esses ajustes, quando envolvem a bioética, mais tensionam o poder médico (a suficiência dos conhecimentos biológicos) do que o reforçam.

Evidencia-se, nesse conjunto de questões relativas à morte e ao morrer no discurso médico um certo esgotamento do paradigma biomédico, identificável na internalidade do próprio discurso médico. Como entender que, mesmo quando o conhecimento especializado localiza a morte tão precisamente num órgão tão específico, esse *extraordinário* momento de *avanço* produza um conjunto tamanho de tensões, capaz desconfigurar o padrão discursivo?

⁶³ é importante registrar que, cinco meses antes, a matéria do Jornal Medicina que registrou a publicao da Resoluo n 1.480/97, informava que “as novas medidas foram estabelecidas em reuniões com especialistas da área de neurologia e neurocirurgia” e que um desses participantes declara enfaticamente que “sem os exames complementares não podemos garantir a morte encefálica” [MED, 86: 5].

⁶⁴ Como se verá adiante, esse é mais um plano de conflito que se estabelece nas discussões médicas sobre a morte encefálica.

As questões levantadas sobre o contato de médicos e estudantes com as diferentes situações que envolvem a morte, inclusive o suicídio entre médicos, e os questionamentos sobre a morte encefálica auxiliarão a mostrar que esse movimento produziu uma exagerada redução⁶⁵, suficiente para tensionar, mesmo que tenuemente, as bases do discurso médico.

5.1.1 - A MORTE E OS MÉDICOS

Apesar do espaço ocupado nos veículos corporativos de comunicação próprios dos médicos acerca da questão da morte por decorrência das novas disposições legais, apenas dois artigos na RAMB, no período analisado, são relativos a esse tema. Ambos trazem informações relevantes à busca de idéias relativamente à(s) visão(ões) antropológica(s) que está(ão) presente(s) no discurso médico, especificamente em relação à morte e ao morrer. O primeiro deles foi um estudo acerca de questões que envolvem o contato dos médicos com a morte [RAMB, 44(1): 21-7]. O estudo consistiu-se em questionários aplicados a estudantes em diferentes momentos do curso de medicina, médicos residentes, médicos assistentes e professores de medicina, todos pertencendo ao Hospital Universitário e à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, num total de 326 participantes.

Segundo esse estudo, 93% dos participantes da amostra manifestaram interesse pelo assunto morte, sendo que 55,5% declaram algum grau de dificuldade para tratar esse tema. Mesmo assim, somente 42% já haviam procurado informações sobre o assunto. Desses, 85% manifestaram dificuldade em encontrar informações adequadas, sendo que esse valor atinge 97% no segmento de professores. Esses valores chamam a atenção, já que, como informa o próprio estudo, ao justificar sua importância, a “medicina, mais do que qualquer outra ciência, coloca diretamente a problemática da morte diante do profissional” [RAMB, 44(1): 21]. As inferências que os autores fazem a partir dos dados encontrados indicam que esse aparente paradoxo seria explicado “pelo fato de que pensar na morte, considerá-la em profundidade, é algo doloroso para o homem e traz à tona lembranças de perdas antigas, a dor do luto, o sentimento de finitude e o medo de um futuro completamente desconhecido e incerto” (p. 24), inferências confirmadas por outros estudos (Zaidhaft, 1990).

Além do desafio profissional, o artigo reconhece que esse foi um tema comum na literatura médica, principalmente nas décadas de 1980 e 1990⁶⁶. Temos, então, que um tema de grande relevância e objeto de grande número de publicações científicas não foi capaz de mobilizar à produção de informações consideradas satisfatórias e suficientes para uma grande parte dos participantes da amostra. Essa combinação de fatores parece indicar duas explicações: a produção científica não apresenta qualidade para satisfazer aos interesses dos médicos ou a complexidade do interesse destes supera a condição de resposta dos profissionais que sistematizam a produção científica em circulação. Uma análise rápida da literatura disponível para a pesquisa nos mecanismos mais freqüentemente utilizados na área da saúde mostrou que o perfil das produções sobre a morte é muito similar aos demais temas discutidos pela medicina, ou seja, a grande maioria das publicações aborda aspectos biológicos e/ou estatísticos da morte, priorizando a produção de conheci-

⁶⁵ Refiro-me aqui ao processo de “múltiplas reduções” das quais nos fala Boaventura Santos (1987), quando identifica características do desenvolvimento da ciência moderna e sua contribuição para o “extraordinário desenvolvimento” do paradigma biomédico: “Saúde e doença fixaram-se no corpo individual e este se fixou num conjunto de órgãos, cada um com sua saúde, cada um com sua doença”. Para o autor, “Segundo este paradigma, a doença (e, portanto, a saúde) está no corpo do indivíduo e este é um fichário organizado que o médico manuseia até encontrar o erro de catalogação” (Santos, 1987: 7). Tal processo teria perdido a capacidade de sustentar, daí o “exagero” na redução, as demais dimensões da vida humana que estão envolvidas no processo de saúde das pessoas.

⁶⁶ Em pesquisa realizada em junho de 2002 junto à Biblioteca Virtual em Saúde (www.bireme.br), do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde, encontrei 39.621 referências indexadas com a palavra “morte”. A base de dados com literatura internacional mais utilizada no meio médico (Medline) oferece 94,78% das referências sobre “morte” encontradas nessa pesquisa. Trata-se, portanto, de um tema com volumosa produção teórica que é facilmente localizável por meio das tecnologias de pesquisa tradicionalmente utilizáveis no meio médico.

mentos operacionais para o diagnóstico e/ou prognóstico de determinadas condições de saúde, além de indicar padrões de conduta médica frente a esses problemas⁶⁷.

O artigo referido constatou que a busca de informações sobre a morte foi feita principalmente em fontes “leigas” (não corporativas) pela significativa parcela de 61% dos participantes da pesquisa. Mais um questionamento é produzido com esse dado adicional: porque representantes de uma corporação buscam informações sobre uma questão que lhe é tão cotidiana fora do seu próprio meio se há tanta produção a esse respeito nas fontes a que têm acesso regularmente? Questionamentos à parte, o fato que foi apresentado é que médicos e estudantes de medicina declararam buscar informações sobre a morte prioritariamente em fontes não médicas.

Outro dado coletado na pesquisa também desafia à compreensão. Segundo os dados analisados, quase 78% dos participantes não tiveram seu interesse pelo tema da morte alterado pelo contato com os cadáveres, nas disciplinas de Anatomia Humana. Aproximadamente 70% deles não teve seu interesse despertado pelo assunto mesmo após assistir às primeiras necrópsias nas disciplinas de Patologia Clínica. A etapa que alterou significativamente o interesse pelo tema para a maioria dos entrevistados (80% dos alunos, 100% dos médicos residentes e assistentes e 93% dos professores) foi o contato com pessoas em estágios avançados de doenças graves e mau prognóstico médico (“pacientes terminais”), que se estabeleceu a partir do início da fase clínica do curso de medicina. Alguns autores justificam que, no contato com o cadáver, no início do curso de medicina, a doença e a morte estariam despersonalizadas, provocando no estudante uma reação para reprimir as sensações de repulsa, nojo ou desespero, já menos intensas (pelo maior contato com a ideologia e cultura médicas) por ocasião das disciplinas de Patologia Clínica (Kovács, 1991; Zaidhaft, 1990). Essa diferença não foi encontrada no estudo relatado. Segundo os autores, uma interpretação possível para esses dados, independentemente de diferenças entre o estudo e os demais registros na literatura médica sobre o tema, é que o contato com o tema da morte desperta o medo da própria morte e que há uma marca na cultura ocidental contemporânea de negação da morte.

Outro estudo publicado no mesmo período dos artigos analisados, mas em outra fonte, foi realizado num hospital público em Buenos Aires e pode acrescentar novos elementos para a análise. Ao avaliar o processo de aprendizagem em médicos residentes, o autor identifica, no momento da atuação prática, que a “medicina de livro” – como define a aprendizagem recebida na faculdade – adquire novas dimensões e transforma-se numa “medicina vivida” (Bonet, 1999: 130). Nas entrevistas que fez com os médicos residentes, o autor identifica esse como o momento em que “coisas começam a acontecer” (conforme declara um dos seus entrevistados) com os profissionais, que despertam questionamentos e induzem a uma importante transformação. Depois da morte de um “paciente” sob seus cuidados, fato comum nos grandes hospitais universitários (que atendem doentes em situações geralmente mais graves), um dos entrevistados afirma que “cadáveres atravessam sua cabeça e aí muda a situação” (p. 30).

Desperta-se uma tensão entre dois pólos do cuidado médico, onde o diagnóstico é o símbolo dominante: um pólo ideológico (referente às técnicas e ao saber biomédico) e um pólo sensorial (referente aos desejos e sentimentos associados às técnicas e aos saberes mobilizados). Para Bonet, a “tensão entre as exigências do modelo biomédico, com sua ênfase no saber e nas práticas guiadas por *algoritmos* e *protocolos*” e a “experiência individual, a dimensão do vivido, do sentir, por outro, fica estabelecida desde o momento em que a visão (...) das totalidades que entram em jogo”, no momento do contato entre o médico e o doente, “é adiada em favor de uma visão compartimentalizada, digitalizada, que se deriva das exigências da biomedicina como ciência” (Bonet, 1999: 133-4).

Independente dessas leituras parece interessante, neste momento, associar os dados encontrados no artigo publicado na RAMB para buscar um novo plano de interpretações. Diz-se que a importância desse

⁶⁷ Realizei uma pesquisa qualitativa, com uma amostra aleatória de 30% das referências contidas na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Saúde Pública de São Paulo (Lilacs/SP), que indexava, em julho de 2002, 1.359 referências com esse tema. Identifiquei como perfil dessas publicações: excluindo-se os artigos com descrição de padrões epidemiológicos, que representam mais de 70% das produções encontradas, 35% das demais referências tratam de aspectos relativos ao cuidado em saúde de “pacientes terminais”; 25% aos aspectos bioéticos na abordagem da morte e do modo de morrer; 16,67% ao diagnóstico da morte e/ou aspectos relativos ao transplante de órgãos e 1,67% relativos à morte/suicídio de médicos e estudantes de medicina.

tema é que a morte é uma situação à qual são constantemente expostos os médicos desde a sua formação mas, particularmente, no exercício cotidiano da clínica (assim como a descrevem os médicos, ou seja, a assistência ao “paciente” e à doença). Os médicos relatam interesse por esse assunto e declaram dificuldade em abordá-lo, seja com o doente e seus familiares, seja com seus pares ou mesmo com outras pessoas. O interesse dos médicos pelo tema da morte e do morrer não é mobilizado, na grande maioria das vezes, pelo contato com o cadáver, seja durante as aulas de anatomia ou de patologia. Esse interesse é despertado, principalmente, no contato com “pacientes terminais”, durante o ciclo clínico do curso médico.

Há uma vasta produção acadêmica e “leiga” sobre o tema da morte, principalmente nos últimos anos e, mesmo assim, os médicos relatam que as informações às quais têm acesso não são adequadas ao seu interesse. Ao buscar informações sobre o tema, com muita frequência os médicos o fazem em fontes “não médicas”. Não se trata aqui de afirmar, a partir desses indícios, uma inversão na forma com que os médicos vêem o outro, a morte e o morrer. Os enunciados obtidos para esta Tese mostram, sem qualquer dúvida, que está absolutamente atual a literatura que identifica um olhar hegemônico objetualizador, fundamentado nos fenômenos biológicos, sobre os “pacientes”. Também mostram que a cultura e a ideologia médicas não são suficientes para manter sedado o desconforto afetivo dos profissionais frente à morte e ao morrer daqueles que estão sob seus cuidados.

Entretanto, para dar corpo ao objetivo desta Tese, vale uma tentativa de buscar outros fragmentos inovadores nos campos da pesquisa. E nesta referência, neste fragmento do discurso médico, há uma tensão, um paradoxo ao menos aparente. Se a morte é uma realidade cotidiana para os médicos, que lhes desperta interesse e que, declaradamente, lhes traz dificuldade na abordagem, porque o contato com o cadáver, que é a consumação material limítrofe, não desperta maior interesse declarado por buscar informações, mas o contato com o assim chamado “paciente terminal” lhes mobiliza para isso? Porque o interesse por informações sobre a morte tem trânsito em fontes não médicas, se há, reconhecidamente, uma lógica corporativa no desenvolvimento do conhecimento médico e se esse tema é objeto de vasta produção teórica? Estaríamos diante de um tema que atinge, nos processos subjetivos dos médicos, o limite da capacidade de formulação do conhecimento médico?

Antes de avançar na formulação de conclusões mais definitivas sobre a hipótese da existência enunciada de tensões na visão antropológica hegemônica da medicina, o contato mais detalhado com um outro artigo publicado, relativo à morte de médicos e estudantes de medicina causada por suicídio, permite caracterizar um pouco mais as questões formuladas no parágrafo anterior.

Duas informações adicionais e preliminares precisam ser registradas. A primeira delas é de que esse não é um tema recente na literatura médica⁶⁸. E a segunda, que se refere a um desconforto pessoal, durante a graduação médica, relativo à ostensiva naturalização com que era tratada a morte, particularmente no contato com cadáveres nas disciplinas de anatomia e patologia.

Juntamente com um colega, igualmente desconfortado com esse comportamento e, ambos, mobilizados pela leitura de uma obra clássica da área das ciências sociais sobre o suicídio⁶⁹ e pela participação em um seminário sobre aspectos psicológicos do suicídio, procuramos desenhar um estudo de revisão da literatura sobre fatores de risco e, após, um estudo de mortalidade por suicídio no Rio Grande do Sul nos anos de 1986 e 1987⁷⁰. Buscávamos, na pesquisa quase sempre extracurricular, informações de várias áreas do conhecimento, para entender e abordar de uma forma que nos parecesse mais adequada, as questões relativas à morte. Eram comuns, entre os colegas de turma, brincadeiras envolvendo os cadáveres, que alimen-

⁶⁸ Diversos estudos demonstram que a taxa de suicídios entre médicos é mais elevada do que na população em geral. Esse é um tema que mobiliza há muitos anos esforços para sua caracterização e análise. No artigo analisado [RAMB, 44(2): 135-40], que é uma revisão de literatura, há inúmeras referências bibliográficas sobre o tema, inclusive um editorial do *Journal of the American Medical Association* que, já em 1903, inferia que médicos com “predisposição mórbida e sem princípios elevados ou inibições morais” optavam pelo suicídio para eliminar problemas, numa evidente tentativa de individualizar o problema e, portanto, eximir a corporação como um todo desse estigma.

⁶⁹ Trata-se de “Ensaio sobre o Suicídio” do sociólogo francês Emile Durkheim, lido na versão publicada pela Abril Cultural em 1983, na Série Os Pensadores.

⁷⁰ Em diversas publicações acadêmicas entre os anos de 1988 a 1990, com Ricardo de Souza Kuchenbecker e outros co-autores, buscava compreender a morte, particularmente quando provocada por suicídio.

tavam o desconforto que sentíamos diante da naturalização da abordagem da morte feita nas disciplinas de anatomia e patologia. Ao final da série de disciplinas de Anatomia Humana, muitos colegas de turma fizeram um ritual de homenagem “ao cadáver desconhecido”, por meio da leitura dramatizada de um texto que marcava, entre outros aspectos, os excessos discentes cometidos durante os semestres em que se havia participado dessas disciplinas. Essa atividade pareceu mais um “ritual de passagem” do que uma resposta ao déficit percebido durante o curso relativamente aos aspectos da morte e do morrer. A sensação que tínhamos era de que o conhecimento dos aspectos relativo à biologia e à fisiologia do corpo, de longe não esgotava a vontade de saber sobre o viver e o morrer para fundamentar a disposição do cuidado com o outro, que havia motivado ao ingresso no curso de Medicina.

No artigo sobre o suicídio entre médicos e estudantes de medicina [RAMB, 44(2): 135-140], desenhado como revisão da literatura, são apresentadas pesquisas que procuram descrever e explicar o suicídio entre esses grupos. As motivações para o suicídio e distúrbios psiquiátricos incluíam a frustração das necessidades de realização e reconhecimento, idealizadas por muitos médicos e estudantes, uma “visão materialista” da vida e “menor orientação religiosa”, sobrecarga de trabalho e estresse, contato direto com a morte e o morrer, além de terem acesso facilitado aos meios mais eficientes de consumir a ideia suicida.

Estudos têm indicado, de fato, a maior utilização de substâncias químicas mais letais nas tentativas de suicídio de médicos, químicos, farmacêuticos e enfermeiros. Mas há um aspecto mais interessante, para o objetivo desta Tese, no artigo referido. O início do item relativo às conclusões traz um enunciado para a prevenção do suicídio entre médicos e estudantes de medicina. Diz-se que é preciso preparar o estudante para as “reais condições de seu futuro de trabalho” e “conscientizar” os médicos sobre os limites da eficácia da formação técnica recebida. O artigo é finalizado com uma expressão enfática, “o suicídio médico é um desperdício trágico de recurso humano”, e uma recomendação, também enfática, “nossa classe deve tornar mais sensível à existência desse problema e mais apta a reconhecer o *pedido de ajuda* de um colega e de si mesmo”.

Ao que se depreende dos artigos, a morte de um colega não significa apenas um fenômeno biológico, a falta de atividade do tronco encefálico, mas uma perda concreta, motivada por uma reação afetiva, inclusive na relação com os “pacientes”. Mais ainda, é preciso ter capacidade de uma escuta sensível às diferentes linguagens que o outro utiliza para “pedir ajuda”. Ou seja, ao menos no que se refere aos colegas de profissão, a morte não é apenas a perda da função eletroquímica do tronco cerebral. Não se trata apenas de registrar a atividade do encéfalo ou outras medidas de função biológica, quando diante de um colega de profissão com suspeita de morte por tentativa de suicídio. Aliás, como o próprio artigo registra, essa situação mobiliza sentimentos de impotência, ansiedade, medo e rejeição, que podem interferir na qualidade da resposta dos profissionais responsáveis pelo atendimento daqueles que tentam suicídio.

A “medicina vivida”, nesses casos, parece implicar na capacidade de mobilizar conhecimentos e habilidades que estão para muito além da “medicina de livro” ou dos “protocolos clínicos”. Há uma tensão que precisa ser administrada com intensidade nesse momento e é preciso mobilizar a capacidade de uma escuta sensível, que não está apenas na formação técnica recebida. Sobre esse aspecto, aliás, o artigo é bem mais sugestivo. Propõe, como medida profilática de suicídios entre os profissionais de saúde, “um programa de conscientização e orientação de que a informação técnica anteriormente adquirida não lhe dá imunidade aos conflitos emocionais” [MED, 44(2): 139]. Há um déficit de competências quando, diante da morte, a conduta é mobilizada apenas pelo conhecimento biológico.

Uma polêmica interna à corporação médica sobre a validade dos critérios adotados para a definição da morte encefálica mostra com mais detalhe a profundidade que essa discussão alcançou nos conhecimentos e práticas médicas relativas à morte. Questiona a própria produção de conhecimentos pela biomedicina.

5.1.2 - POLÊMICA: OS CRITÉRIOS SÃO VÁLIDOS?

A reacomodação discursiva da medicina brasileira sobre a morte que se verifica no período de análise tem outro plano interno à corporação médica, para além dos ajustes de poder entre as diversas especialidades que se identificou quando analisados apenas os veículos de divulgação das entidades médicas. Trata-se de um questionamento sobre o próprio conceito de morte encefálica como sinônimo de morte e dos

seus critérios de verificação. Embora seja uma discussão travada sob a lógica do conhecimento biológico, ela produz um tensionamento potente que merece ser mais bem analisado na busca por inovações.

Essa discussão teve e tem repercussões fora do país (Coimbra, 1998b; Coimbra, 2002), mas é prioritariamente nas produções nacionais que foram buscadas as informações para esta análise. Assim, foram identificados cinco trabalhos, publicados em diversas fontes, produzidas por um médico neurologista, professor do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia de uma reconhecida Universidade Pública brasileira, que apresenta uma série de questionamentos acerca do discurso médico sobre a morte encefálica (Coimbra, 1997; Coimbra, 1998a; Coimbra, 1998b; Coimbra, 1999, Coimbra 2000)⁷¹.

A escolha dessas fontes complementares decorreu da importância que a discussão desencadeada por esse pesquisador teve nas fontes principais da pesquisa, embora sem qualquer referência direta, e pelo trânsito que seus trabalhos tiveram, tendo sido publicados em revistas científicas. A descoberta dessas fontes deu-se durante a revisão bibliográfica sobre a morte encefálica, uma vez que nunca foram citadas diretamente nas fontes iniciais da pesquisa. Embates mais diretos entre as entidades representativas dos médicos e esse autor somente foram encontrados em notícias veiculadas em jornais e revistas destinados ao público em geral. É importante ressaltar que a leitura dos questionamentos feitos por esse autor demonstra claramente que uma parte significativa dos argumentos utilizados nas publicações do Conselho Federal de Medicina e da Associação Médica Brasileira para defender os critérios de verificação da morte encefálica foi dirigida a eles. Trata-se, portanto, de um conjunto de argumentos que mobilizou o discurso da corporação médica sobre esse assunto. Essa constatação é fortalecida pela análise das notícias veiculadas pela mídia no período, onde as posições defendidas por esse autor tiveram repercussão em quatro das fontes pesquisadas⁷².

A análise feita aqui, é importante ressaltar, não teve a pretensão de avaliar o mérito dos conceitos e procedimentos realizados para a constatação da morte encefálica, da sua regulamentação pelo CFM ou do funcionamento do Sistema Nacional de Transplantes. Outras metodologias e outras fontes de dados seriam necessárias para isso. O que se quer destacar é a circulação e o impacto dos argumentos utilizados e sua capacidade de tensionar o discurso médico sobre a morte e o morrer. Portanto, não houve qualquer tentativa de buscar o conjunto dos argumentos sobre a morte encefálica, suficiente para avaliá-los. Particularmente, sou favorável à doação voluntária de órgãos e a existência de um sistema público de busca de órgãos e controle dos transplantes, de tal forma que também nesse aspecto, que implica numa sofisticada disponibilidade de conhecimentos e tecnologias, o direito de acesso aos serviços públicos de saúde seja horizontal aos brasileiros e brasileiras que deles necessitem.

Nas publicações analisadas, constata-se quatro categorias de argumentos: relativos à motivação e a metodologia adotada para a definição da morte encefálica; relativos à precisão dos conceitos adotados; relativos aos procedimentos recomendados para constatar a morte e relativos ao impacto que essas definições tiveram no desenvolvimento de estudos e pesquisas de tecnologias para prolongar o suporte aos doentes que estão com critérios para diagnóstico da morte encefálica.

Em relação à primeira categoria de argumentos, está claramente denunciada uma subordinação do discurso oficial das entidades médicas sobre a constatação da morte encefálica ao que o autor denomina de “corrida do desenvolvimento tecnológico dos transplantes de órgãos” (Coimbra, 1997).

Segundo a avaliação do autor, há uma tamanha quantidade de incertezas e de conseqüências envolvidas no diagnóstico da morte, esse “estado por séculos considerado absoluto e definitivo” (Coimbra, 1998b), que a definição da validade de critérios para sua constatação não pode ser derivada apenas da convicção técnica daqueles que os propõem, mas deve decorrer de um processo mais amplo que considere também “a formação filosófico-religiosa predominante em cada sociedade” (Coimbra, 1998b). Essas consider-

⁷¹ Além desses artigos, que foram publicados na Internet, jornais ou em revistas, a troca de correspondência com o autor permitiu incluir um conjunto de opiniões mais atuais, bem como novas referências sobre a discussão da morte encefálica, que foram agrupadas numa coletânea de textos identificada por Coimbra, 2002.

⁷² Trata-se de notícias nos jornais: *Em busca da morte* [Globo, 13/01/1998]; *Artigo questiona a morte cerebral* [FSP, 07/12/1999]; *Movimento contesta uso de critério da morte cerebral* [JB, 11/12/2000]; *Onde, afinal, termina a vida?* [JB, 09/09/2001].

ações não são desdobradas de uma discussão aprofundada sobre a filosofia das ciências e sequer sobre as determinações legais acerca do funcionamento do sistema de saúde brasileiro, mas derivam do que considera como problemas no processo de definição dos critérios de morte encefálica e da sua manutenção, ao longo dos últimos 30 anos. Segundo Coimbra, já na Comissão encarregada de definir os critérios, em 1968, percebe-se uma influência de interesses “políticos”, relativos à viabilização de cirurgias de transplantes nos Estados Unidos (Coimbra, 1998a). Esse era, inclusive, o objetivo declarado da Comissão (Coimbra, 1997; Coimbra, 1998a) e provavelmente uma das causas da precipitação e da “falta de base científica” do resultado do seu trabalho, que levou a uma necessidade de redefinir⁷³, sutil e discretamente, o conceito de morte encefálica por reiteradas vezes desde então (Coimbra, 1998b).

De toda forma, houve uma rapidez incomum no trabalho da Comissão e no tempo decorrido para a publicação dos resultados, nenhuma referência bibliográfica foi oferecida à crítica dos leitores⁷⁴ (Coimbra, 1997), diversos estudos que poderiam ter auxiliado no trabalho foram desconsiderados pela Comissão da Universidade de Harvard (e pelas Comissões subsequentes), conhecimentos científicos sobre o funcionamento do sistema nervoso então sistematizados foram negligenciados (Coimbra, 1998a; Coimbra, 1998b; Coimbra, 1999).

Por outro lado, nos documentos avaliados em 1995 pela Academia Americana de Neurologia, nenhum artigo alcançou um patamar padrão (*standard*) de qualidade da metodologia científica empregada para a obtenção dos dados e, mesmo assim os critérios e conceitos de morte encefálica foram referendados “com base na literatura” (Coimbra, 1997). Os trabalhos realizados pelas demais Comissões encarregadas de verificar os critérios, mesmo no Brasil, também não primaram por suscitar uma discussão tão ampla quanto a importância do assunto merecia (Coimbra, 1998b; Coimbra, 2002). Além disso, interesses corporativos e uma dificuldade da medicina em romper com práticas padronizadas vêm mantendo longe das publicações médicas um considerável volume artigos com relatos e descobertas que põem em dúvida os critérios e as definições atualmente utilizadas (Coimbra, 1992b).

Essa tendência de padronização acrítica dos argumentos sobre a morte encefálica parece estar sendo desfeita, já que, segundo Coimbra, nos dias atuais a democratização da informação científica é maior⁷⁵. Para exemplificar, informa a existência de listas de discussão no *site* de um dos principais periódicos médicos britânicos, o *British Medical Journal*, onde se pode obter “uma valiosa (e rara) oportunidade de acesso a argumentos contrários e favoráveis à continuidade das práticas diagnósticas em uso” (Coimbra, 2002). De toda forma, a necessidade do aprofundamento das discussões, mesmo que para precisar ainda mais os critérios biológicos para a sua comprovação, também é proposta pelos que defendem os critérios e conceitos que estão sendo utilizados atualmente (Rodrigues, 2000).

Vê-se denunciada, no conjunto de críticas formuladas aos processos oficiais de definição de conceitos e critérios, uma interferência externa, relativa aos interesses do desempenho tecnológico: a morte é ressignificada pelo conhecimento médico em resposta às necessidades legais do sistema de transplantes, inclusive negligenciando o conhecimento científico disponível; ela é uma definição imprecisa, cujos métodos de verificação são cientificamente frágeis. Essa denúncia tensiona o discurso médico. Mas é a saída proposta o que chama a atenção: é preciso ampliar a discussão sobre os critérios técnicos sobre esse tema, que é de

⁷³ O autor refere-se ao conjunto de definições que foram sendo apresentadas para precisar o conceito de morte encefálica desde as primeiras publicações: inicialmente foi definida como “infarto de todo o encéfalo”; depois “perda irreversível da função encefálica”; “perda irreversível da função encefálica não-hipotalâmica”; “perda irreversível da função do tronco encefálico” (Coimbra, 1998b).

⁷⁴ Segundo uma tendência que teve relevância na “medicina científica”, principalmente durante as décadas de 1980 e 1990, a formulação de conclusões baseadas em estudos com recortes metodológicos considerados adequados, garante às conclusões melhores referências para sua utilização, sendo esse um dos aspectos utilizados para rejeitar artigos para publicação em muitos periódicos. Quando aplicada à clínica, constitui-se na “prática médica fundamentada em evidências científicas” (Coimbra, 1998a), e é uma das estratégias utilizadas atualmente para o “fortalecimento” da clínica médica.

⁷⁵ “Nos dias atuais é muito mais difícil modular-se ou reprimir-se a difusão da discussão e da informação de qualquer natureza, de acordo com interesses políticos, ao nível do julgamento editorial do ‘mérito científico’ dos estudos e críticas enviados para publicação na área médica” (Coimbra, 1998b).

interesse de todos; a medicina não pode arcar sozinha com a responsabilidade de escolher quais imprecisões e quais insuficiências serão adotadas socialmente⁷⁶. Haverá que se incorporar outros discursos, outros interesses e outros valores na definição de conceitos, critérios e procedimentos para constatar a morte, inclusive com a participação dos familiares, e/ou para continuar investindo na vida daqueles em que há suspeita de morte.

Além das interferências no processo de definição dos conceitos, critérios e procedimentos para o diagnóstico da morte encefálica, Coimbra destaca que há equívocos nos conceitos utilizados nas publicações e argumentos oficiais e impropriedades na escolha dos procedimentos. Sobre a definição equivocada de conceitos, o autor afirma que há uso indevido do conceito de morto, aplicado à situação em que o indivíduo estaria morrendo, além de apontar que o que vem sendo designado como diagnóstico de morte encefálica, na realidade é um prognóstico. Esses equívocos, segundo o autor, induzem à naturalização de alguns procedimentos, o descarte de outros e à banalização da morte (Coimbra, 1998b). Para o autor, não é possível afirmar, ao contrário do que está suposto nos procedimentos atualmente aceitos, que a morte esteja presente por ocasião da constatação da ausência de sinais das funções das estruturas cerebrais (Coimbra, 1997). Pesquisas desenvolvidas a partir da década de 1980 têm identificado uma condição clínica, chamada de “penumbra isquêmica” (Coimbra, 1998a; Coimbra, 1999; Coimbra 2002) ou “zona de penumbra da isquemia focal” (Coimbra, 1997), que demonstram o equívoco da transposição proposta inicialmente.

Segundo Coimbra, “a morte neuronal não é um fenômeno irreversível que se instala instantaneamente (...), mas, ao contrário, constitui-se num PROCESSO NEUROQUÍMICO que envolve diversas reações” e se instala no decorrer de horas ou dias (Coimbra, 1997). Assim, a constatação de ausência de reflexos no exame clínico não indica necessariamente a morte. Esse sinal somente tem sensibilidade de indicar a sua proximidade, já que a ausência da função do encéfalo normalmente antecede à parada cardíaca, mesmo quando mantida a terapêutica tradicional e a sustentação artificial da respiração (Coimbra, 1997). Essa transposição da condição de morte iminente para a morte instalada⁷⁷ aponta para o segundo erro conceitual.

Os sinais e sintomas de perda da função encefálica prenunciam um mau prognóstico (Coimbra, 1997); a constatação de uma determinada situação clínica em dois ou mais exames permite prever-se uma tendência, inferir-se, antecipar-se, prognosticar-se que a recuperação não ocorrerá (Coimbra, 1998a). “Um diagnóstico é a constatação de um fato já ocorrido. Um prognóstico é a constatação de que o fato provavelmente (mas não certamente) virá a ocorrer” (Coimbra, 1998b). Essa transposição semântica permite a naturalização dos procedimentos na seqüência: se há um diagnóstico, ou seja, se o indivíduo encontra-se efetivamente morto, não há mais nenhuma medida terapêutica possível; se há um prognóstico de morte iminente, outras medidas de suporte poderiam ser adotadas (Coimbra, 1998a).

Por outro lado, Coimbra também tece críticas aos procedimentos complementares para a confirmação da morte encefálica. É reconhecida a capacidade parcial que têm exames como o eletroencefalograma e a angiografia, mesmo pelos que defendem os critérios e conceitos atuais (Coimbra, 1997; Coimbra, 1998b). Além disso, o teste da apnéia⁷⁸ pode, em alguns casos, provocar a situação clínica que tem a função de identificar, ou seja, a morte (Coimbra, 1998a; Coimbra, 1999; Coimbra, 2000).

⁷⁶ Há uma associação, aqui de dois grupos de argumentos utilizados, mas apenas tenuamente associados nos textos: aqueles que dão conta das insuficiências e imprecisões dos conceitos e procedimentos médicos utilizados e aqueles que dizem da insuficiência do sistema de saúde para acolher as demandas do sistema de transplante e de qualificar a assistência à saúde dos cidadãos vítimas de acidentes e violências, que ocupam leitos de UTI e que, possivelmente, pudessem se beneficiar de “terapêuticas não convencionais” se elas estivessem disponíveis.

⁷⁷ Confunde-se, diz o autor, a situação em que se identificam determinados sinais clínicos com a situação anatomopatológica que se observa no exame microscópico do tecido nervoso, quando esse é fixado para o exame (Coimbra, 1997). Não é possível deixar de perceber uma enorme coincidência entre esse argumento, de cunho biológico e orientado pelo paradigma biomédico, daqueles que apontam uma objetivação dos problemas apontados pelo doente na entidade “doença” que pode ser objeto da atuação médica, porque esta lhe é uma entidade objetivada pelo conhecimento configurado pela medicina moderna.

⁷⁸ O teste da apnéia é um dos exames feitos, quando há suspeita de morte encefálica, e consiste no desligamento transitório do respirador mecânico, o que gera um grande estímulo aos centros nervosos responsáveis pela respiração, para testar sua capacidade de resposta. Segundo Coimbra (1998a), esse teste contribuiria para aumentar o edema cerebral e inviabilizaria a aplicação de outras medidas, como a diminuição moderada da temperatura corporal, que poderia propiciar a recuperação das funções encefálicas em algumas pessoas.

Essa seqüência de imprecisões e interferências produziu (e vem produzindo), segundo o autor, duas conseqüências muito sérias: podem estar sendo perdidas, nos hospitais brasileiros, muitas vidas que poderiam ser salvas (Coimbra, 2000) e além disso, muitas outras pesquisas com o objetivo de criar novas tecnologias para o tratamento de traumatismos cranianos⁷⁹ poderiam ter sido desenvolvidas nos últimos 30 anos se não tivessem sido adotados pelas entidades médicas tão enfática e dogmaticamente os critérios de “morte encefálica” propostos pela Comissão da Universidade de Harvard (Coimbra, 1998a).

Se for verdade que os argumentos sistematizados até aqui não tiveram o objetivo de buscar um posicionamento “científico” sobre a morte encefálica, também é verdade que esses mesmos argumentos marcam uma fratura importante no discurso biomédico sobre a morte: no momento em que o morrer foi aprisionado pela tecnologia médica no silenciamento do tronco encefálico, a circulação de argumentos que mostram insuficiências “científicas” no processo de construção dos conceitos que permitem sua constatação e, mais ainda, que apontam a necessidade de coadjuvância de outras áreas de conhecimento para a definição da morte, produz uma forte tensão com a lógica de domínio corporativo da medicina. Denuncia-se uma “parcialidade” dissimulada no conhecimento e nas práticas médicas, por dentro da própria corporação, submetendo as pessoas a riscos que a tecnologia médica não pode controlar. Por outro lado, também há um questionamento sobre a serialização dos procedimentos: a combinação de conhecimentos diversos, por ocasião da suspeita de morte, implica em que a tecnologia a ser utilizada decorra, não de padrões fixos, mas das possibilidades limítrofes em cada situação.

Para buscar outros conhecimentos e outras falas sobre essa questão, que se mostrou importante para identificar idéias inovadoras relativamente ao “outro”, mas também relativas ao “método científico” biomédico e sobre aspectos teleológicos do conhecimento e da prática médicas, buscou-se a repercussão desse tema, a definição da morte por decorrência das mudanças na legislação nacional, em outros veículos de divulgação que circularam mais amplamente.

5.1.3 - MORTE E MORRER NOS JORNAIS E REVISTAS

Para analisar o impacto que a legislação de transplantes e o discurso médico sobre a morte tiveram na opinião pública, de forma a contextualizá-los, perceber as relações que estabeleceram com outros discursos, foram identificados, nas principais agências de notícias do país, as matérias produzidas a esse respeito de janeiro de 1997 até abril de 2002. Novamente, não se trata de mapear todas as idéias e identificar todos os discursos que circularam. Trata-se, isso sim, de identificar idéias importantes a esse respeito e indícios de como os discursos sobre a morte e o morrer se combinam. Mais um recurso da cartografia que, para analisar melhor um achado, *escava e vasculha* pelas suas imediações para melhor compreendê-los. Nesse período foram selecionadas 86 referências qualitativamente relevantes, publicadas nos principais jornais e revistas do país⁸⁰. Uma primeira constatação é que, a exemplo do que foi verificado nas publicações médicas, o assunto teve uma freqüência expressivamente maior nos dois primeiros meses de 1998, coincidindo com o início da vigência da nova lei dos transplantes.

Entretanto, há notícias relevantes no período que compreende a aprovação da lei no Congresso Nacional, em janeiro de 1997, e a sua vigência, em janeiro de 1998. A primeira notícia selecionada [ESP, 21/01/1997], inclusive, foi motivada pela aprovação do projeto de lei no legislativo federal e seu encaminhamento à sanção presidencial. Embora sem veicular opiniões referidas a nenhum interlocutor, a notícia denuncia resistências na população e prevê que ela seja vetada. As notícias subsequêntes e anteriores à vigência da nova lei veiculam fragmentos do discurso do governo, da corporação médica, dos serviços de saúde e,

⁷⁹ O autor se refere a um dos principais grupos de causas de morte encefálica, os acidentes e violências, que, segundo as estatísticas atuais, produzem traumatismos cranianos graves em cerca de 10 mil brasileiros com idades entre a os 20 e os 39 anos.

⁸⁰ Nos sistemas de pesquisa pela Internet das Agências Globo, Folha de São Paulo, Estado, além das revistas Veja e Superinteressante, foram feitas pesquisas com as expressões “morte encefálica”, “morte cerebral”, “transplante de órgãos” e “doação de órgãos”. Foram selecionadas apenas as notícias com mais conteúdo do que o anúncio de cada uma dessas situações e com dados relevantes para identificar depoimentos e opiniões específicos sobre essas questões.

principalmente, opiniões dos próprios veículos de comunicação. Muitas delas foram decorrentes das Medidas Provisórias e da Lei de 2001, que alterou os dispositivos da Lei de 1997.

Esse discurso impessoalizado, que parece traduzir a opinião dos veículos de comunicação, mistura o conjunto de discursos que têm mais trânsito a cada momento. Até a vigência da lei, esse discurso “impessoal” reproduziu questões administrativas e operacionais: *a infraestrutura dos serviços de saúde poderá inviabilizar a aplicação da nova lei, os custos de captação de órgãos são muito altos, os hospitais privados não querem subordinar-se à lista única de transplantes e querem garantia de órgãos para suas equipes, a nova lei é um grande passo para diminuir a lista de espera por órgãos, os médicos anunciam que não cumprirão a lei*. Nesse período, a questão dos transplantes não está referida à morte e ao morrer. Muito similarmente ao discurso da corporação médica, órgãos e tecidos têm uma importância equivalente a insumos, como medicamentos e outros produtos.

Uma notícia publicada em abril de 2002 é bem representativa desse contexto. Diz-se na abertura da notícia que há uma visão *antiga*, que representa um entrave aos transplantes; “para muitas pessoas, muitos médicos até, o transplante de órgãos é um ato heróico, uma façanha digna de desbravadores”. Entretanto, segundo a notícia, “a medicina moderna considera o transplante como uma opção terapêutica igual a qualquer outra. (...) Os órgãos de um indivíduo são uma fábrica de medicamentos” [JB, 19/04/2002]. Impossível não perceber a nova objetualização do organismo, que cria possibilidades de existência, anteriormente vistas apenas na literatura e no cinema, conforme apresenta Le Breton (1995)⁸¹: a modernização tecnológica produz “neomortos”, que estão “cerebralmente mortos’ mas com seus organismos “ligados”, mantidos em “estado de funcionamento” para a doação de órgãos; produz um novo ambiente, o “bioempório”, onde esses organismos “esperariam pacientemente as retiradas sucessivas” de seus órgãos para pesquisas ou outras intervenções médicas; produz novas modalidades de sofrimento, já que se inaugura a possibilidade de sucessivas mortes de um mesmo indivíduo: do cérebro, do “desligamento do corpo” e de cada um de seus órgãos retirados e transplantados⁸²; produz novas definições de homem, por meio de combinações variáveis de órgãos e tecidos com diferentes origens que podem compor o organismo⁸³ e a pessoa singular fica assimilada definitivamente às funções cerebrais (“definição moderna da alma”); mas produz também um novo papel na escala de valores sociais para o médico, já que, mesmo longe de obter unanimidade, as novas realizações possíveis com esses conceitos “erigem o médico em senho do tempo, que declara e decide a morte” (Le Breton, 1995: 62).

Na análise das notícias da mídia sobre a questão dos transplantes, esse “descolamento” que se verifica entre os órgãos e tecidos do organismo humano e as questões relativas à vida e a morte é a configuração mais comum dos comentários gerais das notícias publicadas em todo o período. A partir de janeiro de 1998, também aparecem comentários sobre situações específicas, particularmente sobre o aumento na busca de documentos de identidade com o registro da condição de não-doador, conforme previa a lei dos transplantes. Outras notícias, nesse período, apresentam situações em que o corpo é objeto de crimes, vira “caso de polícia”: desaparecimento de órgãos doados pela família é investigado pela polícia; com a nova lei, cresce a oferta para a venda de órgãos; corpos do IML são vendidos; o governo brasileiro reconhece que o país é um dos principais alvos do tráfico de pessoas. Aparecem, com alguma frequência, comparações da legislação brasileira e do sistema nacional de transplantes com outros países.

No período anterior à vigência da nova lei, uma única reportagem [FSP, 05/08/97] buscou outros aspectos envolvidos no processo de transplante de órgãos. Utilizando-se da fala do coordenador de um

⁸¹ “Se o corpo não é mais a pessoa, se o dualismo [entre o organismo biológico que constitui o indivíduo e a pessoa que lhe é inerente] não se inscreve mais na metafísica, mas decide sobre o concreto da existência e funciona como paradigma da ação médica, então tudo é permitido” (Le Breton, 1995: 61).

⁸² “A morte de diferentes partes do corpo (...) torna-se, com a tecnologia médica moderna, uma morte sucessiva do mesmo indivíduo, deixando suas [diversas] famílias aniquiladas” (Le Breton, 1995: 62).

⁸³ Também compõem novas entidades mórbidas. *Síndrome de Frankenstein* é o nome usado por Le Breton (1995) para descrever a inquietação social, fortemente explorada em clássicos da literatura popular e obras cinematográficas, sobre a extrapolação dos “limites do homem e do uso do corpo humano como um material biológico disponível”, produzindo, no imaginário social, “homens cuja evidência é rompida e cujo estado antropológico suscita medo” (p. 52).

serviço de transplante localizado no interior de São Paulo, a reportagem mostra que diversos fatores interferem no resultado de um transplante: a captação de órgãos, a testagem de compatibilidade com o receptor, a agilidade com que o transplante é feito e “fatores psicológicos”. O profissional informa que há doentes crônicos que optam por não se submeter a um transplante “por não desejarem o órgão de outra pessoa”. Relata também a situação em que um jovem, com insuficiência renal crônica e em uso de hemodiálise, que se submeteu a um transplante de rim, com perfeita compatibilidade imunológica e, mesmo assim, desenvolveu rejeição. Para o profissional, houve “rejeição psicológica” derivada da descoberta que o órgão recebido era de um doador do sexo oposto. Segundo o médico, o “transplante fracassou” e o “paciente retornou à diálise e não pretende realizar outro transplante”. A reportagem explica que a revelação da identidade do doador é uma situação incomum, havendo a recomendação de sigilo. Trata-se, como se pode ver, de um “insumo” que, mesmo nas falas de alguns médicos, tem algumas particularidades: ele mobiliza desejos, resistências, aspectos psicológicos. Parece haver uma certa tensão em relação à definição de que os transplantes são insumos terapêuticos como qualquer dos demais, que são adequados em determinadas situações identificadas a partir da avaliação médica. Esse não é um depoimento comum dos representantes dos serviços de saúde, dos pesquisadores, da corporação médica ou do governo, mas existe e foi registrado em algumas notícias.

Há outros aspectos relevantes para a análise desta Tese em algumas posições de representantes de serviços de captação de órgãos ou de transplantes, que na quase totalidade das matérias selecionadas são profissionais médicos. Essa característica explica boa parte da íntima associação entre os argumentos utilizados pelos representantes das entidades representativas da corporação médica e os representantes dos serviços: trata-se do discurso médico proferido pelos próprios médicos, em diferentes localizações institucionais⁸⁴. Em pleno momento de explosão da discussão dos impactos da vigência da nova lei, o responsável pela constatação da “morte encefálica” de um grande hospital paulista resgata para as definições da morte outros aspectos que transcendem o conhecimento médico: “a discussão em sociedade, não somente dessa lei, mas do sistema de captação e doação de órgãos, é saudável e produtiva, fazendo os aspectos científicos, morais, religiosos e sociais chegarem à pauta do dia para aqueles que interessa, ou seja, todos nós” [FSP, 03/01/1998].

Essa avaliação da necessidade de combinar outros conhecimentos é compartilhada por alguns médicos que manifestam suas opiniões nas notícias selecionadas desde o lugar da formação de médicos. Um professor de Medicina Legal e Bioética de uma universidade paulista afirma que “apesar de considerarmos a morte como um evento biologicamente irreversível, ela não é determinada exclusivamente pelo critério biológico, pois envolve também questões ontológicas e filosóficas” [Superinteressante, 02/2002]. Outro médico, da mesma universidade e que coordena uma unidade de cuidados paliativos num hospital paulista, afirma que “os estudantes de Medicina, em geral, nada aprendem em seus cursos sobre a morte e a dimensão do morrer” e, como consequência, expressa-se na prática profissional, posteriormente, uma tendência em manter o suporte biológico ao organismo sem considerar o doente. Na sua opinião, “é preciso resgatar as noções de humanidade e dignidade na morte que a medicina perdeu” [Superinteressante, 02/2002]. O desconhecimento dos fenômenos relativos à morte e ao morrer, a incapacidade de dimensionar o sofrimento físico e psíquico do doente e o desafio de manter a vida biológica por meio da tecnologia médica faz com que a motivação mais relevante seja o desempenho tecnológico. Como é preciso que o conhecimento médico supere os desígnios da natureza, estabelece-se um conflito entre a competência científica e a própria capacidade biológica do organismo.

Esse limite também é identificado pela população. Uma das lideranças nacionais da Federação das Associações de Renais Crônicos e Transplantados do Brasil identifica um problema para a captação de órgãos: o envolvimento dos médicos. De acordo com essa fonte, quando o médico certifica-se que “não dá mais para salvar o paciente, ele o abandona. (...) É difícil convencer esses médicos a analisar cada caso, indicando aqueles com morte cerebral para as equipes de transplante” [ESP, 18/09/2000]. Ou seja, essa definição da morte interfere no envolvimento do médico até com a manutenção das funções do organismo biológico.

⁸⁴ O que parece paradoxal, a fala dos representantes dos serviços com críticas ao funcionamento dos serviços e do sistema, na realidade é apenas uma coincidência de sujeitos, dotados de um único padrão de discurso.

Nos veículos de mídia analisados, há uma frequência expressiva de notícias cujo foco é o “desenvolvimento científico” relativo ao organismo: o organismo vivo está sendo desvendado pela ciência, que já o manipula na sua menor unidade (a vida na célula), e abrem-se promissoras possibilidades de produção “*in vitro*” de órgãos e tecidos para transplante: pesquisas mostram a possibilidade de uso de órgãos e tecidos de animais em humanos; manipulação genética de células mostra a possibilidade de síntese de órgãos e tecidos humanos a partir de células-tronco; células nervosas extraídas de cadáveres, horas após a morte, são reproduzidas em laboratório. A vida está no espaço da célula: dela se reconstroem órgãos e, mesmo, o próprio organismo. A vida biológica, *desencarnada*, está diluída pelas células; já nem mais é um conjunto de órgãos que compõe o organismo vivo, mas unidades menores, muito mais numerosas. Por outro lado, também há pesquisadores que denunciam que o corpo está sendo expoliado pela ciência. Há uma cultura de apressar o diagnóstico da morte para a retirada de órgãos, para fortalecer uma “corrida tecnológica” que agride a vida. Uma vida que, embora seja fundamentalmente biológica, está sendo encurtada pela manipulação dos órgãos. Essa é uma fala isolada, envolvendo normalmente os mesmos pesquisadores. Mas é uma fala que, por vezes, articula-se com aquela que surge de representantes das religiões.

Embora sem um posicionamento mais forte em relação ao transplante de órgãos ou um posicionamento mais contundente sobre o momento da morte, as falas dos representantes de religiões fortalecem um certo desconforto sobre a associação entre a morte, a vida biológica e o trânsito dos órgãos. A utilização de partes do corpo deve estar subordinada a outras regras, mais complexas que aquelas produzidas pelo olhar da ciência.

Em junho de 2001, a morte acidental de um popular artista, que teve vários órgãos retirados para transplante, deu evidência a essa posição: seu corpo não pôde ser enterrado no cemitério de sua comunidade religiosa por decorrência da doação de seus órgãos. Também destaca dimensões mais complexas do que a exclusivamente biológica, nas falas veiculadas pela mídia no período da análise, a posição da religião católica, por meio do Papa João Paulo II. Embora sem uma frequência expressiva, o posicionamento explícito dessa autoridade religiosa em dois congressos médicos mostra uma evidente importância que essa questão foi capaz de despertar nos posicionamentos da Igreja. Segundo o que foi veiculado na imprensa, o Papa chamou a atenção para a necessidade de comprovação da morte irreversível para a aceitação da doação de órgãos, bem como para o fato de que a Igreja não se impõe “à competência e ao âmbito das ciências experimentais, mas reafirma a prioridade da ética sobre a técnica e a superioridade do espírito sobre a matéria” [JB, 29/09/2001]⁸⁵. Não é possível deixar de perceber uma grande diferença com o discurso e as práticas da medicina, embora sem um posicionamento muito evidente sobre os mesmos.

Nos discursos que circularam pelos meios de comunicação no período de 1997 a 2000, aquele que caracterizou a posição do governo federal foi o mais instável e, por vezes, contraditório, o que explica, em parte, a escolha da corporação médica quando optou por produzir polarizações na opinião pública. Em fevereiro de 1997, numa das primeiras matérias localizadas, o Ministério da Saúde faz uma avaliação econômica da aplicação da lei, calculando que, embora os procedimentos de captação e transplante de órgãos e tecidos tenham um custo elevado, inclusive pelos investimentos necessários na adequação da infra-estrutura dos serviços de saúde, haverá uma economia de recursos com a diminuição do número de usuários submetidos à tratamentos para doenças crônicas, como a insuficiência renal, que custam muito caro também.

⁸⁵ Uma leitura mais atenta do documento “Discurso do Santo Padre aos Participantes no XVIII Congresso Internacional sobre Transplantes”, de 29 de agosto de 2000 ([www.terravista.pt/enseada/1881/transplantes](http://www.terraviva.pt/enseada/1881/transplantes)), mostra alguns elementos que não foram detalhados pela mídia. O Papa afirma um conceito de morte equivalente ao momento em que alma e o corpo separam-se e estabelece um claro limite à tecnologia médica “os chamados ‘critérios’ de certificação da morte, utilizados pela medicina moderna, não devem, portanto, ser entendidos como a determinação técnico-científica do momento exato da morte da pessoa, mas como uma modalidade cientificamente segura para identificar os sinais biológicos de que a pessoa de fato morreu”. Para que os transplantes sejam aceitos é preciso, segundo o documento, que independente dos critérios que sejam desenvolvidos, o médico tenha a “certeza moral” da morte, “a qual é a base necessária e suficiente para se poder agir de maneira eticamente correta”, bem como de que a doação tenha sido gerada numa “decisão de grande valor ético”. Com essa designação, o Papa secundariza a tecnologia, que é reconhecida apenas um instrumento à serviço “da vida humana” e destaca o valor moral da decisão de doar uma parte do corpo em benefício de alguém: “Não se oferece simplesmente uma parte do corpo, mas doa-se algo de si” já que “o corpo humano não pode ser considerado apenas como um conjunto de tecidos, órgãos e funções”.

Ao mesmo tempo, estatísticas são divulgadas mostrando o grande número de doentes que não tem acesso a esses tratamentos, principalmente quando “beneficiários” de planos e seguros privados de saúde, que não garantem cobertura aos procedimentos de maior custo. De outro lado, também são divulgadas notícias mostrando o alto custo da medicação de uso contínuo, após o transplante, para evitar a rejeição dos órgãos e tecidos implantados. Os argumentos de ordem econômica utilizados pelo governo mostram-se incongruentes, portanto.

A incongruência nas posições governamentais divulgadas pela mídia estendem-se também ao âmbito da manutenção da lei. Num mesmo dia e nos mesmos veículos de comunicação, o Ministério da Saúde manifesta-se *claramente* favorável e *francamente* contrário à aplicação da disposição da doação presumida. O Ministro da Saúde, em viagem pelo país, declarou que o Sistema Nacional de Transplantes não utilizaria esse princípio legal, uma vez que, segundo sua opinião, “existe uma lei maior, a ética e a moral que regem a humanidade” [FSP, 03/01/98]. Ao mesmo tempo, a assessoria jurídica do Ministério da Saúde, designada para manifestar-se em Brasília em nome do governo, informa que, passado um prazo para as adaptações necessárias nos serviços de saúde, os médicos *terão* que cumprir a lei e retirar (“obrigatoriamente”) os órgãos e tecidos viáveis para transplante daqueles que não tiverem manifestado sua não-objeção, independente da vontade da família. Caso contrário serão responsabilizados penal e civilmente, à medida que, segundo a avaliação que manifesta em nome do governo, não há nenhum fundamento jurídico, ético e moral para essa negativa. De acordo com a posição da assessoria jurídica do Ministério da Saúde, o cadáver é naturalmente violado, pelas autópsias, pelos rituais de cremação ou mesmo “pelos vermes” [FSP, 03/01/98].

Alguns dias depois, em resposta ao movimento de questionamentos da lei desencadeado pelo CFM, nova contradição nas posições do governo federal. O Porta-Voz da Presidência da República informa que a lei não sofrerá qualquer mudança por parte do governo federal [FSP e Globo, 06/01/98]. O Ministro da Saúde, por sua vez, reconhece que não há infraestrutura nos serviços de saúde para a implementação da lei, mesmo sem a resistência dos familiares e dos médicos, e que há necessidade de ajustes tanto na lei quanto na organização dos serviços de saúde envolvidos na captação e no transplante de órgãos e tecidos [FSP, 06/01/98].

Alguns meses depois, as notícias são relativas a uma Medida Provisória, editada pela Presidência da República, alterando algumas disposições da lei, inclusive o princípio da doação presumida. Outras autoridades governamentais também utilizam falas contraditórias, influenciadas pelo contexto mais imediato. Quando o discurso é assumido pelas direções dos sistemas estaduais de saúde, a contradição diz respeito principalmente às causas do que se identifica como o principal motivo do reduzido número de transplantes frente à demanda por órgãos, representada nas crescentes “filas de espera”.

Em meio às polêmicas travadas nos dias seguintes à vigência da nova lei dos transplantes, um Secretário Estadual de Saúde manifesta-se enfaticamente sobre a inadequação da disposição legal da doação presumida: “o problema da doação nunca esteve relacionado à recusa das famílias, mas à estrutura dos serviços médicos” [FSP, 02/01/1998]. Já durante o lançamento de uma campanha nacional de sensibilização para a doação de órgãos, posteriormente às mudanças nos dispositivos da doação presumida, a mesma autoridade identifica um problema diametralmente oposto: “a recusa das famílias é o principal entrave para o sistema de transplantes” [ESP, 18/09/2000].

Em meio às incongruências e insuficiências nos discursos que circulam pela mídia, não é de estranhar o pequeno espaço ocupado pelo discurso da população. Ao que parece, esse é um tema delegado aos médicos, aos serviços de saúde e ao governo, mesmo que apenas pela sua capacidade de gerar polêmicas que estimulem a circulação dos jornais que as veiculam. Familiares dos doadores e receptores de órgãos, doentes transplantados ou aguardando transplante e a população (“doadora em potencial”) aparecem na mídia com pouca expressão e principalmente após a vigência da lei, em 1998.

A principal dificuldade relatada nos depoimentos dos familiares que se deparam com a decisão sobre a doação dos órgãos de um parente que teve constatada a morte encefálica é a convicção da morte: “antes alguém precisa me provar que ela está morta mesmo e não tem jeito de viver de novo” [FSP, 03/10/1998]; “fica difícil saber se morreu mesmo ou se querem acelerar a retirada dos órgãos” [JB, 09/09/2001]; “a família não está convencida da morte” [FSP, 02/10/1998]. Essa dúvida também é evidenciada-

da nos depoimentos da população, que registra sua opção de não doar órgãos: “muita gente vai acabar sendo mutilada. Pode ter certeza que algum médico não tão bonzinho vai tentar tirar os órgãos” [FSP, 06/10/1998]; “vidas podem deixar de ser salvas para que os órgãos sejam aproveitados. Desconfio da existência de uma máfia de órgãos” [FSP, 12/01/98], “não vou doar porque só rico vai receber, gente pobre como eu vai morrer na fila de espera sem conseguir doador” [FSP, 06/10/1998].

A dúvida e o desconforto são ainda maiores quando a difícil decisão é tomada e problemas operacionais dos serviços frustram a doação: “nessa hora você fica chateado duplamente: pela morte de um parente querido e pela falta de interesse nos doadores” [ESP, 08/01/2001]; “é difícil conviver com a irresponsabilidade e a falta de respeito dos médicos e órgãos de saúde. Eles erram e não são cobrados” [ESP, 12/03/2002].

A doação de órgãos de um familiar morto também pode representar um conforto: fala-se do alívio de descobrir, depois da doação, que o familiar havia registrado seu desejo de doar órgãos (“foi um alívio, um momento de grande conforto, quando percebemos que tínhamos feito a vontade dele” [JB, 09/01/1998]); da possibilidade de prolongar a vida da pessoa que morreu (“não se morre quando se vive em alguém” [JB, 09/01/1998]). Uma fala recorrente trata da necessidade de um desapego com a materialidade do corpo morto: “é importante guardar o amor que temos pela pessoa que se foi no coração. O corpo vai se decompor mesmo. Por que não aproveitar os órgãos para salvar outras pessoas” [ESP, 22/09/2001]; “Quando a gente morre, o corpo não vai junto com a alma. Além disso, uma única pessoa pode ajudar muitos doentes” [FSP, 12/01/1998]; os órgãos que não são doados “vão ser enterrados sem ajudar ninguém” [FSP, 12/01/1998]. Nos depoimentos de pessoas que receberam os órgãos ou que aguardam esse momento há um padrão bastante estável, que mescla gratidão, reconhecimento e esperança: “a atitude da família que autorizou a doação me salvou” [JB, 09/09/2001]; “Sei que existem pessoas que têm medo de doar pois acham que o médico pode confundir como com a morte cerebral. Elas têm de confiar nos médicos e pensar naqueles que, como eu, esperam um transplante para poder viver” [FSP, 12/01/1998]. Antes da mudança da lei, em vigência da doação presumida, os depoimentos expressam uma grande preocupação com as reações da sociedade: “Só espero que as pessoas não comecem a fugir dos centros de transplantes” [FSP, 06/01/1998]; “O transplantado já carrega a dor de sobreviver depois que outro morre. Não queremos ser culpados também pela revolta das famílias” [FSP, 06/01/1998].

Nesse mesmo período das notícias selecionadas, o relato da rejeição de um transplante histórico, o primeiro transplante de mão realizado, também dá o depoimento relevante: “Essa mão não é minha e eu preferia não tê-la” [FSP, 21/10/2000]. O transplante foi realizado na França com profissionais de vários países e foi considerado tecnicamente “um sucesso”. Entretanto, a dependência de medicamentos que produzem efeitos colaterais importantes, segundo a imprensa, faz com que o homem que recebeu o órgão, deseje amputá-lo. Ao mesmo tempo, um dos médicos que participaram da cirurgia, diz sentir muito “por ele, por nós e por todos os que deram tanto a ele”.

Essa circulação difusa de argumentos, de posições por vezes contraditórias, fez com que um dos articulistas identificasse uma marca particular no Século XX. Segundo esse jornalista, “O século que começou no Brasil com a guerra da vacina obrigatória se encerra com o *quiproquô* sobre a doação de órgãos. (...) O que se disse na época da lei antivaríola de Oswaldo Cruz parece, 93 anos depois, sintoma de morte cerebral. (...) Sob o Estado mínimo, a malária, a tuberculose e a lepra voltaram às estatísticas das endemias nacionais. São doenças do tempo da Revolta da Vacina. Se o país tem de suportá-las, suas opiniões também podem ser as de 1904” [Veja, 14/01/1998].

Se a condição argumentativa do discurso médico relativa à morte cerebral que se constitui no final do Século XX parece tão babélica quanto o foi por ocasião da vacinação obrigatória contra a varíola, no início desse Século, o efeito do desconforto social teve um desdobramento diferente. A pressão política foi forte suficiente para mudar a lei dos transplantes e obrigou a uma mudança brusca no discurso do Estado, que poucos meses após defender o princípio da doação presumida, elaborou e encaminhou ao Congresso Nacional Medida Provisória substituindo-o, novamente, pelo princípio da doação consentida.

No discurso médico, entretanto, há outros planos mais visíveis dos efeitos desse movimento. O primeiro, bastante visível, foi a demonstração de resistência ao domínio médico sobre a vida e sobre o corpo.

Não há confiança social suficiente para que esse domínio passe, pacífica e incondicionalmente, para a medicina. E a disposição legal não é suficiente para tornar efetiva essa subordinação: a população migra para os postos de identificação para registrar seu não consentimento à doação de órgãos exclusivamente por decisão médica.

Esse movimento tensiona o estatuto antropológico do “outro” da prática médica. Ao tensioná-lo, surge um segundo plano de visibilidade: a própria insuficiência do discurso médico. Não há um “paciente” pronto a receber a intervenção médica: existem homens e mulheres, com familiares e situações de vida concretos, que demandam tecnologias, discursos e práticas específicas, e que reivindicam protagonismo nos assuntos relativos a sua saúde. Nesse momento tensiona-se também um plano metodológico da prática médica: não é somente a ação “embasada” cientificamente a condição de sua efetividade; há que combinar horizontalmente (ou, mesmo, diagonalmente) conhecimentos e argumentos com o doente e seus familiares. E, por último, percebe-se, mesmo por dentro da corporação médica, a insuficiência do conhecimento biomédico, particularmente daquele mais especializado. A vida não pode ser reduzida a um conjunto de fenômenos eletroquímicos e/ou anatomo-fisiológicos. A especialização do conhecimento, que torna possível uma sofisticação extrema das tecnologias para o desvelar do organismo humano, é insuficiente para dar conta dos complexos fenômenos da vida e do corpo (o *corpo-integralidade*, o *corpo-sentimento*). Mesmo para os próprios profissionais.

Os acontecimentos no Território da Medicina que envolveram as transformações na definição da morte e nos procedimentos para a retirada de órgãos produziram visibilidade para o efeito da redução extrema da complexidade da vida. Produziram fortes tensões internas na corporação médica, inclusive no que se refere à própria racionalidade biomédica: com a mesma lógica argumentativa que comprova “incontestavelmente” a morte do organismo a biomedicina acusa os seus pares de produzi-la.

Há uma crise visível, inclusive a muitos dos sujeitos que atuam no Território da Medicina. Também há porosidades, nas fronteiras desse território, a outros conhecimentos e outras práticas, a outras concepções do usuário dos serviços e, também, a outras concepções metodológicas e teleológicas (à clínica não basta o exercício da racionalidade biomédica, que é um fim em si; ela deve potencializar mais do que a viabilidade biológica do organismo onde atua).

Entretanto, é preciso ter cuidado na análise dessas idéias coletadas. Mais uma vez é preciso relembrar a escolha metodológica para a confecção dessa carta. A maior parte das idéias deste Território mostrou uma lógica medicalizadora e, mesmo as situações que mereceram maior atenção por decorrência de tensões visíveis, mostraram um importante predomínio dessa lógica. Ainda assim, é inegável a emergência, mesmo no Território da Medicina, de idéias que fogem dessa lógica, que a tensionam e rompem os seus domínios.

Para finalizar a viagem por esse Território foram *tecidas* as idéias, ainda de forma preliminar, em dois planos. O primeiro deles, organiza os aspectos que se referem à descrição da crise, com o objetivo de aproximar os achados da idéia de crise paradigmática, conforme a define Boaventura Santos (1997), o que dá ao conceito de inovação (Santos, 1997) uma potência maior para indicar a transição do paradigma sociocultural que a medicina compartilha, de forma bastante específica, com a modernidade. Sendo assim, pode potencializar a busca que está sendo feita nesta cartografia. O segundo plano de agrupamento preliminar de idéias buscou *tecê-las* de acordo com aspectos *suleadores* da prática e da clínica médicas, ou seja, do seu potencial de aproximação com o campo chamado de *integralidade com equidade* no Capítulo anterior.

6. O QUE ESTÁ ACONTECENDO COM A MEDICINA?

Esse título, absorvido de uma das matérias publicadas na imprensa, parece ser um bom questionamento para os achados obtidos no Território da Medicina. Há um incremento impressionante na tecnologia disponível e a qualidade da saúde da população não apresenta avanços equivalentes. É preciso, nos diz Luz (1997) com muita precisão, separar a situação da saúde, de forma mais geral, da situação da medicina, de forma mais particular, quando se analisa a situação atual, embora ambas estejam interligadas e apresentem uma crise sem precedentes.

A crise na medicina, dizem diversos autores (Luz, 1997; Fontes, 1999; Botsaris, 2001) está na sua matriz de racionalidade moderna ocidental. É, portanto, uma crise na medicina moderna, na biomedicina, e não das suas possibilidades de existência como campo de tecnologias de cuidado em saúde. Mas, tendo em vista que essa cartografia não tem como objeto a revisão da literatura para a captura de idéias, far-se-á a síntese dos achados neste território, relativos aos elementos que descrevem sua crise, mas também de suas idéias inovadoras.

6.1. A crise na medicina: a produção científica, a circulação do conhecimento médico e seus sintomas

A produção científica dos médicos apresentou características relevantes para a cartografia. Idéias e potencialidades para a reinvenção da clínica médica foram coletadas nas produções documentadas, nos silêncios percebidos e nos elementos utilizados, internamente à corporação médica, para descrever a crise “científica” da medicina. É preciso destacar que, para uma prática social que se fortaleceu e legitimou justamente pelo atributo de cientificidade, a circulação mesma da idéia de crise nas produções científicas é um *sintoma grave* de uma doença na sua própria institucionalidade. Para os objetivos da carta, a crise pode representar possibilidades de emergência das idéias inovadoras que se movimentam no interior da medicina e nas suas adjacências, particularmente no seu principal campo de práticas, o sistema público de saúde. A síntese, feita nesse item, buscará agrupar as questões encontradas no Território da Medicina em três categorias: a estabilidade nos temas da produção científica dos médicos, a descrição da crise pelos próprios médicos na sua produção e os diversos dispositivos morais desencadeados pelas entidades para o reordenamento da medicina.

6.1.1. A ESTABILIDADE NO PERFIL DAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS DOS MÉDICOS E SUA DESCONEXÃO COM AS QUESTÕES QUE ENVOLVEM O SISTEMA DE SAÚDE E A FORMAÇÃO DOS MÉDICOS: SINTOMAS DA CRISE

A análise do conteúdo das produções veiculadas na revista que faz circular a produção científica mais geral da entidade médica brasileira de representação da corporação médica no terreno científico, a Revista da Associação Médica Brasileira (RAMB), mostrou algumas características importantes.

A principal delas é que a maior parte dos artigos publicados (76%), sendo a quase totalidade (86%) daqueles que detêm maior *status* na revista, refere-se à doença: seu diagnóstico, sua etio/fisiopatogenia, seu tratamento e sua evolução. A doença aparece como o estímulo mais efetivo à produção e à circu-

lação de conhecimentos dos médicos nesse veículo de divulgação científica. Esse é um sintoma da própria racionalidade biomédica: a lógica racionalista do problema-solução, singular e unidirecional, foi a condição de emergência da clínica médica moderna, conforme revelou Foucault (1997), mas também, como disse Rotelli (Rotelli & Cols., 1990), é a condição de permanência e fundante da própria instituição medicina. Outra referência à origem da medicina moderna, na lógica do domínio de competências tecnológicas, foi um tema que mobilizou a produção técnica e política em relação a um aspecto específico e também derivado da construção epistemológica da doença: a morte.

Transferida dos domínios da transcendência para o interior do corpo na origem da medicina biomédica, ela foi deslocada novamente, não mais para os diversos órgãos do espaço de domínio da medicina, mas para um lugar preciso e para cujo discurso foi necessário mais um “avanço” da tecnologia. A neurologia permitiu localizar a morte exatamente no tronco encefálico e desfez-se assim uma mediação “residual” entre o popular e o científico, de forma abrupta, mobilizando novamente a sensação de profanação do corpo. A morte encefálica, mais do que representar a continuidade do perfil de produções tradicionais da biomedicina, produziu uma crise no conhecimento biomédico e nas relações internas da corporação médica, com a sociedade e com outras instituições sociais. Gerou tensões, desordens corporativas e novas configurações para discursos sobre a saúde. Mas aqui, trata-se de sistematizar os achados da estabilidade do perfil das produções científicas da medicina, no período de análise.

Há outros sintomas dessa situação, não somente relativos às questões que mobilizam predominantemente a produção científica dos médicos, mas também entre aqueles que não tiveram potência para fazê-lo. Nesse aspecto, merece destaque a frequência reduzida com que circularam ao menos três modalidades de assuntos, com grande relevância social nesse período e muito pouco impacto no perfil da Revista da AMB: a promoção da saúde, o ensino médico e as reconfigurações nos campos de exercício das práticas em saúde.

No período analisado, foram amplamente divulgadas iniciativas ligadas a uma corrente de abordagens e enfoques de “modelos” de organização das ações de saúde que, com diversas marcas institucionais (Promoção e Proteção da Saúde, Vigilância da Saúde, Cidades Saudáveis, Escolas Promotoras de Saúde, Ambientes de Trabalho Saudáveis etc.), propunham reorganização de conhecimentos e práticas em saúde com base na idéia da prevenção das doenças, com a disseminação de “comportamentos saudáveis individuais” ou intervenções sobre o ambiente natural e, mesmo, social⁸⁶. Ainda que se perceba a nítida influência da lógica racionalizadora moderna do problema-solução na necessidade do desenvolvimento de “modelos” dessas formulações aplicáveis universalmente, condição própria das racionalidades moderna e biomédica, é inegável que essas iniciativas deslocam o foco das intervenções em saúde da aplicação dos conhecimentos e tecnologias médico-sanitárias de assistência à doença para um *mix* de outras tecnologias, conhecimentos e atores sociais com a finalidade de constituir formas para qualificar as condições de vida e da população. Nem a visibilidade pública e nem a importância social prática desse tema mobilizaram significativamente a produção científica dos médicos. Nesse caso, o “silêncio” de produção científica provavelmente seja *sintoma* da lógica da competência tecnológica, denunciada por Conti (1972), mais do que um posicionamento político relativo à manutenção dos princípios constitucionalmente registrados que asseguram atenção universal, equânime e integral por meio do poder público ao cidadão (o que implicaria mais adequadamente em uma reflexão crítica nos veículos de divulgação da produção científica médica).

No plano político da instituição medicina, essa questão foi abordada pelo Jornal do CFM, que veiculou duas extensas e enfáticas matérias de denúncia da perspectiva racionalista de controle de gastos

⁸⁶ Alguns estudos captam nuances específicas dos tensionamentos nas práticas em saúde pelo conceito de “promoção”, que remonta à mitologia grega, onde as deusas Higiéia e Panacéia marcam aspectos específicos e isolados da saúde, conforme revisa Teixeira (2001). Mais recentemente, um dos aspectos dessa tensão foi incorporado por propostas comprometidas com as tensões que envolvem mais diretamente o modo de produção capitalista e sua crise. O discurso da “promoção” passou a incorporar a transferência de responsabilidades assistenciais do Estado à sociedade e foi associado à oferta de cardápios básicos de procedimentos às populações mais “carentes”, numa lógica de racionalização de gastos patrocinada por organismos internacionais de organização do sistema financeiro mundial (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento) e, mesmo, organismos internacionais ligados à saúde (Organização Pan-americana da Saúde – OPAS, e Organização Mundial da Saúde – OMS), conforme identificado por Pessoto (2001).

impostas pelo Banco Mundial e da tentativa de implantação do modelo americano de financiamento e organização da atenção [MED, 91: 20-4; MED, 93: 18-9], além de inúmeras denúncias de desfinanciamento da organização da atenção. Embora com enfoque mais voltado para a mobilização política das entidades em relação à incorporação no sistema de saúde brasileiro de uma lógica “minimalista”, que está associada a algumas iniciativas de projetos da promoção e/ou vigilância da saúde, a apropriação desse plano (promoção/proteção) na produção científica dos médicos para amalgamar ações mais integralizadoras na clínica médica, resistentes ao risco de desqualificação da atenção à saúde denunciado no plano da atuação política das entidades, não foi encontrado no veículo de divulgação dos conhecimentos científicos produzidos pelos médicos.

O ensino médico, que foi objeto de um projeto nacional de avaliação com o envolvimento de todas as entidades médicas (o projeto de avaliação das escolas médicas da CINAEM), um polêmico projeto do Ministério da Educação (Avaliação Nacional de Cursos – “Provão”) e de uma proposta de avaliação do estudante ao final do curso (“terminal”) para ingresso no mercado de trabalho (“Exame de Ordem”), não mobilizou significativamente a produção científica nacional para a circulação nesse veículo, apesar de grande expressão social. Mesmo sem referências diretas a qualquer desses projetos, os infreqüentes artigos publicados sobre esse tema têm seu foco mais próximo à concepção dos projetos que, estranhamente, merecem críticas nos jornais de ambas as entidades médicas analisadas (CFM e AMB): são centrados na avaliação do desempenho discente, conforme propõem os dois últimos projetos citados.

Os artigos parecem não dar relevância ou desconhecem a abrangência significativamente mais ampliada do desenho da avaliação da CINAEM, cujo processo de coleta e análise de dados estava sendo realizado, no mesmo período, em quase todas as escolas médicas brasileiras. A formação dos médicos, na perspectiva constituída por essa omissão na avaliação e/ou proposição de alternativas, fica referida a um processo que, com os métodos, cenários e/ou estratégias pedagógicas que estão disponíveis em cada escola, resume-se à transmitir, por contato direto e pela capacidade de absorção dos estudantes, os conhecimentos científicos sobre a doença (na realidade, como nos mostrou Foucault, a própria *experiência clínica*, com sua construção epistemológica da doença e seu discurso sobre ela). Esse silêncio parece informar que não há nada de novo para acrescentar ao que já se sabe sobre a formação médica e que as “novidades” que circulavam não têm qualquer relevância “científica”.

Dessa constatação, emergem duas possibilidades: uma cisão entre a direção das entidades e a produção científica dos médicos ou um recorte na expectativa dessas entidades acerca do envolvimento dos profissionais e da sua produção científica. A cisão na instituição medicina estaria representada por uma produção científica dos profissionais que não coincide com os projetos prioritários desenvolvidos pelas entidades que os representam. O recorte nas expectativas estaria caracterizado se esse não tiver sido, de fato, um projeto destinado a ser incorporado ao cotidiano dos profissionais, particularmente daqueles envolvidos no ensino médico, mas, ao contrário, um projeto cujo envolvimento previsto resumia-se à mobilização política das entidades representativas.

Nos documentos analisados coexistem indícios de ambas as possibilidades. A cisão está visível principalmente no fato de que o envolvimento das entidades de representação corporativo foi noticiado com freqüência nos jornais de ambas as entidades e até em algumas inserções na mídia de circulação mais ampliada. Nesses veículos aparecem noticiadas diversas atividades desenvolvidas no projeto de avaliação das escolas médicas e também os resultados de cada uma das fases desenvolvidas. Os dados coletados e analisados nas primeiras fases da pesquisa, publicados em diversos formatos que circularam no meio médico, apontavam para a necessidade de profundas mudanças no processo de formação dos médicos, identificando sérias insuficiências nas estruturas político/administrativo/financeiras das escolas, nos modelos pedagógicos, nas estratégias de ensino, na formação dos docentes, uma preocupante desconexão entre o perfil dos profissionais formados e o mercado de trabalho, inadequações curriculares etc. Mesmo tal gravidade de situações identificadas no contexto da formação médica não foi suficiente para mobilizar a produção científica à circulação na RAMB.

Por outro lado, também há indícios de que esse não foi um tema priorizado para suscitar a produção científica dos médicos, já que os próprios editoriais da RAMB não convocam à produção acerca dos recortes que a avaliação da CINAEM estava realizando – sequer citaram a existência desse projeto. O único

Editorial que mencionou o tema da avaliação médica, no período analisado, o fez centrando sua análise num projeto de avaliação do desempenho dos estudantes de medicina ao final do curso.

As questões que envolvem o reordenamento dos sistemas e serviços de saúde, que tiveram importantes mudanças institucionais sendo implementadas nesse período, inclusive relativas às práticas desenvolvidas no seu interior, e que suscitaram questões capazes de mobilizar a opinião pública, tampouco sensibilizaram de forma significativa à produção científica dos médicos e seu trânsito na RAMB. Na realidade, os únicos artigos publicados sobre isso o fazem com uma visão bastante superficial, suficiente para que veiculassem apenas conhecimentos muito gerais, com pouca implicação concreta com a prática médica cotidiana.

Os jornais das entidades, por sua vez, particularmente o *Jornal Medicina*, veicularam notícias relativas às políticas mais gerais de organização e funcionamento do sistema público de saúde, principalmente relativas ao financiamento e às políticas federais. Quando essas notícias fizeram referência à inserção concreta dos médicos no sistema de saúde, o cotidiano foi retratado como profundamente hostil ao médico, pelos limites das condições técnicas e operacionais dos serviços e, principalmente pelo “aviltamento” dos valores das tabelas de procedimentos médicos. Assim, esses veículos fortaleceram uma imagem ambivalente: as entidades médicas parecem defender a idéia geral do SUS, como um projeto social relevante, que é objeto da defesa das entidades nacionais nos cenários de representação política até mesmo como um direito do cidadão, mas que não é exatamente o lugar digno da atuação cotidiana dos profissionais médicos. Nas matérias com esses temas não há outro subsídio às práticas cotidianas dos médicos senão aquele capaz de produzir-lhes indisposição ao SUS. Ele é defensável apenas no plano da política geral de representação das entidades perante as instituições governamentais e a sociedade, como um movimento que tenta aproximar a instituição medicina das demais instituições da sociedade civil. Estão claramente identificadas duas dimensões de problemas para a medicina no sistema público de saúde pelo que se diz nas notícias veiculadas: um componente de regulação “externa” das práticas dos profissionais e outro componente de organização do mercado de trabalho. O primeiro componente é o que mobiliza as maiores críticas: segundo a lógica apresentada nos documentos, a regulação do trabalho médico é uma função a ser exercida pelos próprios profissionais por meio de suas entidades corporativas e, portanto, há divergências de que isso seja feito pelo próprio sistema de saúde. O mercado público, divulgado principalmente pelos serviços públicos estatais, é apresentado como um mercado com limites importantes para a atuação do profissional, embora muitos dos exemplos de serviços exitosos noticiados pelos veículos de divulgação médicos sejam serviços estatais. Ao que transparece, esse mercado é inevitável já que uma significativa parcela da população não tem recursos para obter ações de saúde de outra forma.

Outro “mercado⁸⁷” para o trabalho médico também merece referência: os Planos e Seguros Privados de Saúde e a progressiva “invasão” que produzem no consultório privado e na prática autônoma do médico. Eles são anunciados como usurpadores dos recursos financeiros da população e espoliadores dos honorários médicos (também da “burocratização/institucionalização” do seu trabalho). Nesse sistema, ao contrário do anterior, onde parecia não haver uma implicação merecedora de reflexão enquanto uma possibilidade “nobre” de exercício profissional, é apresentada a necessidade de que cada profissional faça uso de mecanismos de pressão para “recuperar” gradientes da autonomia perdida. Esse assunto gerou, inclusive, resoluções do CFM, “regrando” o desligamento de médicos, estabelecendo tabelas de honorários e, finalmente, propondo uma estratégia onde as próprias entidades médicas fazem o agenciamento daqueles usuários que tenham recursos para o pagamento direto dos honorários. Ao que parece enunciado, já que não há condições de instaurar em plenitude a prática liberal, que sejam as próprias entidades corporativas a intermediar as relações dos profissionais com os consumidores dos seus serviços (os “pacientes diferenciados”, nesse caso).

⁸⁷ Nas publicações médicas, os campos de práticas, exceto a possibilidade de atuar de forma liberal e autônoma (sem vínculo trabalhista e obrigações formais) não são vistos exatamente como “mercados de trabalho”. Mais correto, certamente, seria defini-los como “campos de práticas remuneradas” quando se retrata a visão dos profissionais. É isso o que se faz na Tese. Entretanto, quando se trata de descrever o outro olhar, feito por sobre os interesses corporativos, a expressão sociológica é utilizada da forma original. Quando há uma mescla dos dois focos, a expressão foi colocada entre aspas.

Estranhamente, em oposição ao silêncio de produções científicas dos médicos sobre os mercados público e privado de saúde, o CFM divulgou no seu Jornal e em outras publicações, os resultados de uma pesquisa feita por sua encomenda e que, embora com dados coletados em 1995, tiveram sua sistematização concluída no final do ano seguinte e divulgação a partir de 1997. Entre outros dados relevantes, estava o fato de que o trabalho liberal e autônomo não se constituía em possibilidade concreta, exceto para uma pequena minoria dos médicos, que a remuneração restringia-se a uma terça parte do que os profissionais esperavam receber, que os serviços públicos⁸⁸ representavam uma das alternativas mais freqüentes de emprego, estando associado a uma média de outros dois vínculos para cada profissional, que a atuação em consultório privado somente se mantinha por meio de convênios com planos e seguros privados de saúde – que subordinam a “autonomia” profissional a um conjunto de regras e fluxos estranhos ao ideal de prática liberal dos médicos etc.

A produção científica que circulou na RAMB, principal veículo de divulgação da entidade de representação científica dos médicos, não esteve, portanto, encadeada com as questões relativas à formação dos médicos (nos aspectos dela que foram destacados nos demais veículos de divulgação dos médicos, ou seja, a avaliação do processo e a transformação do ensino) e tampouco aos campos de práticas (nos aspectos que mobilizaram a sociedade e as estruturas institucionais do sistema brasileiro de saúde). É importante registrar que essa desconexão é apenas com os aspectos da crise anunciada, já que, no interior do modelo biomédico, a formação representa o processo de absorção dos conhecimentos e dos modos de agir da corporação e o “mercado de trabalho” é, na verdade, o exercício liberal e autônomo da profissão. Ou seja, o silêncio é, na verdade, um enunciado sintomático da vigência do modelo biomédico no interior do veículo de divulgação da produção científica “não especializada” dos médicos (quase todas as Sociedades de Especialista têm suas próprias revistas científicas, com focos centrados nos núcleos de conhecimento que as identificam), num contexto em que o espaço de trânsito desse paradigma sofre importantes reduções.

O perfil estável dos artigos, com foco na doença, entretanto, não correspondeu aos temas suscitados nos editoriais da RAMB, que apontam para uma distribuição mais heterogênea de temas e, dessa forma, o perfil dos artigos publicados, particularmente daqueles que detém maior *status* (Artigos Originais) também não respondeu à convocação da política editorial da entidade, que é feita por meio dessa modalidade de artigos na revista. Mais do que apontar um perfil mais heterogêneo, os editoriais da RAMB apontam outros aspectos de uma crise no âmbito científico da medicina, particularmente no Brasil.

6.1.2 AS CONVOCAÇÕES NA POLÍTICA EDITORIAL E SEUS RESULTADOS NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DOS MÉDICOS: A MEDICINA E SUA CRISE VISTAS “POR DENTRO” DA SUA CIÊNCIA

Se a doença é o foco principal, absolutamente visível da produção científica dos médicos veiculada pela RAMB, há outros focos que mobilizam os editoriais da revista e, portanto, a preocupação com a produção científica que a entidade apresenta e que circulam pela corporação médica. Esses editoriais nos dizem de uma crise “científica” da medicina que, algumas vezes coincidem com aqueles descritos por pesquisadores que a analisam desde referenciais externos, mas que, muitas vezes, apresenta-se com aspectos diferenciados. O modo como se vê a crise internamente às entidades médicas tem particularidades bem evidentes, bem como planos de síntese que mereceram um olhar mais minucioso para esta cartografia.

Antes de apresentar a síntese desses, porém, é preciso pontuar um outro *sintoma* da crise, relativo à própria organização institucional da medicina, que não está no que se diz dela no interior da produção

⁸⁸ A referência ao serviço público como o local de trabalho dos profissionais não exclui outras formas de vínculo com o sistema público de saúde já que a maior parte dos serviços privados tem grande parte de sua capacidade de produzir ações de saúde ofertadas aos usuários do SUS por meio de contratos e convênios. Os “serviços complementares” são responsáveis por uma grande parte das ações produzidas no sistema público de saúde brasileiro, principalmente as internações hospitalares. Portanto, a categoria de emprego denominada naquela pesquisa de “serviços privados” também inclui aqueles que estão vinculados ao SUS, caracterizando vínculos indiretos dos profissionais com o sistema público de saúde.

científica e política dos médicos. É recorrente um certo desencontro entre o discurso político e a produção científica dos médicos, para o qual foram sendo formuladas hipóteses amenas até o momento. Entretanto, quando se considera que o Editorial é o espaço que as entidades têm, em suas publicações, para apresentar sua política editorial e convocar à produção a partir de rumos institucionalmente relevantes, não é possível furta-se à constatação de que há um desencontro importante entre o conteúdo dos editoriais da RAMB e o perfil dos demais artigos. Esse desencontro é descrito pelo perfil médio dos assuntos, mas também pelo tênue efeito das convocações explícitas feitas por ocasião do anúncio da mudança na política editorial da RAMB. Para além desse *sintoma*, outros são descritos na própria publicação.

Pode-se dizer que, vista “por dentro”, essa crise tem cinco planos entrelaçados e, algumas vezes, postos em choque: um plano relativo à absorção dos “melhores” conhecimentos pelos médicos nas suas práticas cotidianas (deficiência de articulação entre conhecimentos e práticas); um plano relativo à amplitude dos conhecimentos que a medicina domina para fortalecer-se e às “novas ambições corporativas” (deficiência de amplitude de conhecimentos); um plano relativo ao descuido com os limites bioéticos estabelecidos para a pesquisa e a divulgação de informações que envolvam seres humanos (deficiência no plano bioético); um plano relativo à insuficiência de produção científica cotidiana e local, bem como de sua circulação (deficiência de circulação do conhecimento derivado da *experiência clínica* local); e um plano relativo à dificuldade de que os conhecimentos expliquem aspectos da realidade que interferem na prática clínica cotidiana (deficiência de resolutividade dos conhecimentos biomédicos).

Essa crise “científica” da medicina, tal como a descrevem os médicos, tem anunciadas duas implicações imediatas: uma conseqüência nas próprias práticas profissionais (insuficientes, excessivas e/ou demasiado heterogêneas) e uma conseqüência com sua relação externa com a sociedade, que se traduz numa “crise de interfaces” e que se expressa por um *déficit* no prestígio do médico (excessiva demora na absorção dos avanços científicos da medicina pela sociedade, espoliação dos conhecimentos e das prerrogativas da corporação por outros segmentos da sociedade, resistência da sociedade a alguns avanços propiciados pela medicina, “concorrência” de outras modalidades de práticas em saúde e de outras racionalidades na assistência aos doentes). Essas “crises” da medicina, vistas “por dentro” da corporação e desde o lugar de sua produção científica, expressam-se, nas análises dos editoriais, em tensionamentos internos (que freqüentemente transbordam os limites da corporação, como no caso da definição dos novos critérios da morte) e em disputas explícitas no espaço extra-corporativo.

A dimensão atribuída pelas entidades médicas a essa crise justificou, inclusive, uma mudança no perfil editorial da RAMB, explícita e minuciosamente anunciada, e que descreve os elementos dessa crise, inclusive com um plano de divergência que traduz, justamente, um dos “sintomas” da própria crise (evidências científicas X experiência clínica para orientar as práticas). Entretanto, o resultado desse anúncio e das suas convocações na produção científica dos médicos não teve uma mudança relevante. Ao que parece, tampouco nas práticas, já que um grande número de dispositivos morais foi desencadeado para “ordenar” a atuação dos médicos e os limites do território da medicina.

6.1.3 A MEDICINA, A DEMARCAÇÃO DE SUAS FRONTEIRAS E O ORDENAMENTO DE SUAS PRÁTICAS: TERAPÊUTICA MORAL PARA A RETOMADA DA LINHA DE ROTA CORPORATIVA?

Os efeitos da crise fizeram-se evidenciar por um conjunto de sintomas descritos ou que pareceram nas produções científicas e, mesmo, nos documentos de orientação política dos médicos. Iniciativas como a convocação de um determinado perfil de produções científicas e o anúncio de determinados focos de disputa política das entidades de representação dos médicos nas produções analisadas indicam que a percepção desta crise, pela instituição medicina, provocou fortes movimentos no seu interior. A crise percebida foi considerada como um grande risco à própria instituição, pelo que é possível depreender das ações desencadeadas pelas entidades médicas.

Para além das iniciativas de convocação da produção científica e do movimento corporativo foram implementados dispositivos morais, ordenadores das práticas da corporação. Nesta cartografia, foram

identificadas duas categorias desses dispositivos: mecanismos para a sedução/convencimento e mecanismos de coerção.

Na primeira categoria de dispositivos, podem ser agrupados aqueles que, por meio da divulgação sistemática de metodologias e conhecimentos “robustos”, “evidências sólidas” etc. procuraram ordenar a produção de conhecimentos e a articulação entre conhecimentos e práticas. As tecnologias de ensino (Ensino Baseado em Problemas) e de homogeneização da prática clínica (Medicina Baseada em Evidências), bem como as Diretrizes emitidas pelas duas entidades médicas que compõem o escopo dessa análise são exemplos que podem ser citados para ilustrar essa modalidade de dispositivos.

Mas é possível inferir mais sobre a dimensão percebida da crise, já que a instituição medicina, por meio de suas entidades de representação nacional, tomou iniciativas fortes que envolvem as condutas da corporação. Do conjunto de normas morais (resoluções e diretrizes) emitidas, chamam a atenção do cartógrafo os dispositivos que visivelmente buscaram marcar a fronteira do Território da Medicina. Esse é um movimento interessante (um evidente *sintoma*, mas também uma terapêutica drástica!), que se dá por meio de normas que definem quais práticas e quais comportamentos podem receber o atributo de pertencimento ao Território da Medicina, já que essa é uma profissão que, num determinado momento da história, amalgamou um grande prestígio social com potência suficiente para credenciar e/ou buscar para o seu território de domínio outras práticas e outros atores. Esse foi o movimento histórico que garantiu uma certa equivalência entre as expressões “práticas em saúde” e “práticas médicas”: o contraste da hegemonia de conhecimentos e da legitimidade das práticas médicas estabeleceu claramente a instituição medicina moderna (biomedicina) como o “centro” da saúde, suas práticas e seus conhecimentos.

No período analisado, a instituição médica também precisou usar de outras prerrogativas: a definição mais exata de limites do seu domínio corporativo, excluindo do seu território as práticas, conhecimentos e racionalidades mais distantes desse “centro”; a demarcação corporativa de práticas e domínios anteriormente compartilhados com outras profissões da saúde, por meio de normas incidentes sobre os profissionais médicos (coerção à tolerância dessas práticas “mestiças” no território da medicina) e por disputas diretas com as demais corporações e pelo reconhecimento público de sua legitimidade de fazê-lo.

A identificação desses planos da crise da medicina não teve como objetivo diagnosticar sua *doença* ou prognosticar seu futuro. Embora fosse possível estabelecer hipóteses sobre esses aspectos com os dados coletados, metodologias mais adequadas seriam necessárias para isso e, principalmente, esse teria de ser o foco dos interesses do pesquisador. Nenhuma dessas condições desafiou à cartografia que se *tece* nesta Tese. Identificar e descrever sintomas da crise da medicina foi, em primeiro lugar, um desdobramento da própria *tecitura* da carta: a descrição sistemática dos achados na análise dos territórios foi um compromisso metodológico assumido como recurso de trabalho e como condição de possibilidade de leitura e crítica *pragmática* do trabalho realizado. Em segundo lugar, essa descrição, reveladora de um conjunto de tensões internas e externas, foi permitindo perceber melhor os vários planos imbricados na configuração contemporânea da instituição medicina, os diversos *devires* existentes nas práticas e nos conhecimentos que circulam no seu interior, que permitiram coletar elementos de inovação. Observar apenas os aspectos dominantes, da visibilidade externa, da institucionalidade “dura”, certamente, não teria contribuído para perceber as possibilidades vivas existentes no seu interior o que, acima de tudo, é um compromisso do cartógrafo. Dessa forma, pode-se chegar à síntese dos achados inovadores.

6.2. A medicina brasileira contemporânea e seus movimentos na direção do sul

O objetivo da cartografia, quando explorou o território da medicina, foi a identificação de idéias inovadoras para a configuração da clínica, com a expectativa de que auxiliassem no desenho de uma clínica nômade, conforme um conceito empírico desenhado pelo trânsito do cartógrafo pela medicina e pelo sistema de saúde. A configuração inicial desse conceito abarcava planos ético-estético-políticos de possibilidades, que lhe permitissem tantos movimentos quantos o compromisso com a vida lhe tornasse necessário. Descobriu-

se que, entre o típico movimento unidirecional *normal* (para o *norte*; para o *centro*) há inúmeras idéias *suleadoras* no território da medicina.

A primeira delas, mais forte, é a evidência da crise do paradigma atual, conforme se descreveu na primeira parte dessa síntese. Essa constatação, que enfraquece a instituição médica como está configurada hoje, potencializa as condições de emergência de outras configurações. Na realidade, potencializa o encontro com as outras “medicinas” que a modernidade tornou periféricas. Diz-se que há um déficit de cientificidade na medicina atual quando se descreve sua crise. Constatar a crise epistemológica e política pela qual passa a ciência moderna também na medicina significa abrir o campo de possibilidades, o que já se verificou em outras áreas. As demais práticas e racionalidades médicas co-existiram com a medicina moderna, embora de um lugar periférico e distante do seu centro a ponto de dificilmente ameaçá-lo. Essas possibilidades tornaram-se mais visíveis com a crise. Tornaram-se mais ameaçadoras para o equilíbrio estabelecido e para o atual desenho da instituição, mantido por meio das entidades representativas, que desencadearam diversos dispositivos morais e disciplinares.

Mas, ao que parece, a tentativa de fixar cada vez mais fortemente os limites do seu território torna-os, ao contrário, cada vez mais frágeis. Embora a produção científica e o foco principal das práticas mantenham-se firmemente ancorados na doença, no organismo biológico e no controle sobre a morte, está-se apenas constatando um deslocamento das fronteiras, seu *borramento*, uma maior potência nascente nos limites mais periféricos do conhecimento médico hegemônico.

O domínio sobre a morte, condição de emergência da medicina moderna, foi um dos recortes do Território da Medicina que melhor demonstrou sua crise e a emergência de suas outras possibilidades. Um grande “avanço” científico da medicina, que já havia deslocado, há pouco mais de duas centenas de anos, a morte do cosmos para o organismo biológico, permitiu deslocá-la novamente do corpo pulsátil (o organismo recriado pelas pessoas) para uma pequena fração do encéfalo e aumentar o domínio biomédico sobre ela. A vida (por oposição à morte, como a define o paradigma vigente) foi alojada não mais no “amplo” organismo biológico, mas numa localização mais precisa e mais exata, que permitiu a potencialização do uso dessa estrutura composta por um conjunto de órgãos. Mas ao enunciá-la no seu novo espaço, constatá-la com mais precisão por meio de suas tecnologias mais sofisticadas, a biomedicina mostrou-se, paradoxalmente, mais frágil. A racionalidade cognitivo-instrumental e suas tecnologias não foram suficientes para mantê-la estável nesse novo patamar de domínio, por sobre as demais racionalidades, mas também por sobre os corpos individual e social. Fracionou-se ela mesma e criou pontos de choque com a sociedade.

A redefinição da morte foi contestada pelos mesmos processos, pelas mesmas pesquisas e pelas mesmas tecnologias que a tornaram possível. Essa ruptura desfaz o teorema do problema-solução: um mesmo problema apresenta mais de uma solução; um mesmo processo produz duas verdades diferentes e, nesse caso, antagônicas (diz-se que a constatação do silêncio encefálico indica a morte e diz-se também que o processo de sua constatação a produz). Ao que parece, a ordem ilustrada, ela mesma, ilumina e alimenta o caos. Há alteridades vibrando por entre as certezas da medicina moderna! Mas é preciso sistematizar com mais rigor os achados, as idéias inovadoras, já que se trata de um exercício acadêmico que tem a expectativa de fomentar, ainda mais, essas alteridades.

6.2.1 A MEDICINA EM BUSCA DE OUTROS CONHECIMENTOS E OUTRAS RACIONALIDADES

O primeiro achado importante derivou, na promessa do “novo” perfil editorial da RAMB, do diagnóstico de *déficit* na amplitude e na forma dos conhecimentos postos a circular na revista científica para orientar a prática diária. Novos conhecimentos não derivados exatamente da maior sofisticação dos conhecimentos biológicos e fisiológicos, relativos às doenças, mas também um novo foco sobre estes.

Foram oferecidas novas áreas de conhecimento aos leitores: Saúde Pública, Economia da Saúde e Bioética, além da Medicina Baseada em Evidências. As três primeiras áreas, que pertencem ao campo ampliado da saúde, aproximam do conhecimento biomédico questões relativas à promoção e proteção da saúde, à organização e funcionamento do sistema público de saúde e a outros conhecimentos que organizam

os campos de prática onde os médicos terão que, inevitavelmente, inserir-se. Faz-se uma transposição de escalas: anuncia-se que a biomedicina não é *exatamente* o campo da saúde; seus limites são mais estreitos e sua capacidade de abrangência mais limitada.

Essa transposição, que parece sutil, é profunda. Um dos planos de sua legitimação consistiu em transformar-se no próprio campo da saúde: assistência médica é o termo que designa correntemente a própria assistência à saúde. Como disse Foucault (1980), a medicina, na modernidade, tornou-se o campo de domínio da saúde, a técnica geral da saúde, ao mesmo tempo individual e social. Essa transposição, mesmo que tênue e localizada, tensiona essa verdade. A necessidade de aproximação com outros conhecimentos, para “fortalecer” sua prática cotidiana, e com os conhecimentos que configuram o mercado não autônomo representam uma diferença significativa em relação ao seu movimento inicial. Mesmo que essa aproximação, como registram os editoriais analisados, tenha como objetivo também o fortalecimento das “novas ambições médicas”. O que terá acontecido com as “velhas ambições”? Que forças as ameaçam?

Conjecturas à parte, anunciou-se a necessidade de abertura a novos conhecimentos, advindos de áreas que são periféricas em relação ao conhecimento biomédico e têm uma composição transdisciplinar, o que caracteriza um tensionamento com a suficiência do conhecimento “nobre” da medicina moderna. Ao fortalecimento da clínica médica são necessários esses novos conhecimentos, diz-se de forma recorrente.

Anunciou-se também, nos editoriais que fundaram a nova política editorial, a necessidade de um formato mais adequado, que permitisse ao médico um protagonismo maior na interação com os novos conhecimentos, mas que suscitasse seu protagonismo na sistematização dos conhecimentos da sua própria prática. Diz-se da necessidade de produções locais, em idioma nacional e com os planos de especificidade que cada prática detém, para além do conhecimento padrão representado pela *experiência clínica*. A *experiência clínica* assim reconceituada perde sua universalidade absoluta e pode tornar-se *mestiça*, admite interface com conhecimentos também locais. Não fosse assim, não haveria necessidade de descentralizar a produção de conhecimentos. Poderíamos continuar absorvendo apenas os conhecimentos “sólidos” e “robustos” produzidos pela medicina do “centro” e do “norte”. Mais do que um plano abstrato de possibilidades esse já é um plano com vigência concreta, mesmo que de forma periférica, ao que parece enunciar a ênfase com que se diz que é preciso homogeneizar as práticas “mais científicas” e, portanto, atenuar a heterogeneidade que se expressa.

Essa percepção é reforçada também por uma “quebra” importante, produzida no processo de complexificação da vida em sociedade. Há uma multicausalidade na origem das doenças e, muitas vezes, sequer é possível aproximar-se, com os conhecimentos biomédicos, do conjunto de causas e a contribuição de cada uma delas. Os modos de andar a vida e as alternativas de fazê-lo oferecidas pela sociedade moderna rompem com a construção epistemológica que permite criar a doença abstrata, defini-la com precisão e aplicar-lhe uma terapêutica adequada; a lógica científica cartesiana do problema-solução sofre uma fratura. Então, buscam-se novos conhecimentos (e abrem-se novas possibilidades educativas para a prática médica!) para reconstruir a origem das doenças e sua relação com o “paciente”.

Mas há também uma forte aproximação com práticas e racionalidades médicas não hegemônicas na medicina contemporânea, ainda configurada como biomedicina. Essa aproximação não é apenas uma aproximação pontual. Há um forte tensionamento entre as práticas e racionalidades que compõem o campo da saúde e as entidades médicas buscam incorporá-las às competências privativas ou excluí-las do seu campo de possibilidades. Conforme demonstrou Madel Luz (1997), há um complexo sistema multidimensional estruturado simbolicamente e empiricamente na constituição de cada uma das racionalidades médicas. Eles são diferentes entre si. Para a medicina moderna, e esse é somente um exemplo para dimensionar a potência transformadora dessa aproximação, reconhecer que há outras concepções legítimas de morfologia humana para além da anatomia humana (que recriou o corpo, transformando-o num conjunto de órgãos) ou de dinâmica vital para além da fisiologia humana significa, seguramente, recriar suas fronteiras.

Auxiliam na compreensão da força dessas tensões fronteiriças as análises de Boaventura Santos (1997), que descrevem os movimentos de colonização das demais racionalidades constituintes do pilar da emancipação racional pela racionalidade cognitivo-instrumental, que não está ausente nas demais racionalidades médicas, mas que nessas se combina com elas de forma diferenciada do que o fez na biomedicina. Essa

tensão foi descrita minuciosamente nos textos que reivindicaram condições de reconhecimento da homeopatia, da acupuntura e da hipnose, por exemplo.

Mas, para além das racionalidades assim constituídas, as práticas ditas alternativas (alternativas às práticas biomédicas, já que a maioria delas lhe são anteriores e, portanto, desse ponto de vista mais “tradicionais”) também produzem tensionamentos importantes. Práticas de cura espiritual, iridologia, florais etc., mas também as práticas de outros profissionais. Para além da disputa corporativa por espaço concreto no mercado de trabalho, parece haver uma dimensão mais profunda e mais potente nessa tensão. Uma coletânea de estudos, publicada recentemente (Pinheiro & Mattos, 2001), coloca o campo concreto das práticas (desprezadas pela ciência moderna como o espaço da aplicação operacional das tecnologias e dos conhecimentos legitimados pela ciência) como constituinte de conhecimentos e habilidades capazes de engendrar as muitas possibilidades e os muitos sentidos de integralidade, necessários para viabilizar a expressão das “mil saúdes” (Rotelli & Cols., 1990) que devem orientar a “Grande Política” (Nietzsche, 2002) da saúde. Novamente, embora periféricas, essas práticas “outras” produziram fortes movimentos das entidades médicas, ao que se infere da sistemática tentativa de impor limites mais claros e mais precisos para a instituição médica. Mas outros pontos de tensão foram identificados no território da medicina.

6.2.2 A MEDICINA MODERNA E SUAS TENSÕES COM O MERCADO, COM A COMUNIDADE E COM O ESTADO

A relação com um campo de trabalho ordenado por outros domínios do saber para o exercício das práticas médicas também afeta o Território da medicina moderna (Schraiber, 1993; Machado, 1997). Ora, a biomedicina constituiu-se como conhecimento soberano e como prática isolada: seu ideal é o exercício autônomo. Foi seu domínio de saber que fundou o espaço original de suas práticas: o hospital médico (Foucault, 1980). Suas tecnologias de organização da saúde ordenaram, inclusive o espaço social. No desenvolvimento do capitalismo, essa prática social, ao contrário das demais, manteve-se relativamente distante dos processos de maximização da força de trabalho, engendrados por meio do ordenamento do processo de produção. A articulação entre a racionalidade cognitivo-instrumental (da potencialização ordenada/científica dos processos sociais) e do mercado (a regulação maximizada da propriedade privada), segundo Santos (1997), constituiu-se num dos principais mecanismos de reforço do pilar da regulação social e do fortalecimento do modo de produção capitalista. Diferente desse processo, a medicina moderna tem uma inserção própria, um modo particular de transitar pelos princípios que constituem o pilar da regulação no projeto sociocultural da modernidade.

Alguns autores (Starr, 1991; Schraiber, 1993; Machado, 1997) descrevem a autonomia profissional da medicina, ao menos sua configuração ideal, como sendo o resultado da preservação de características de tecnologias de trabalho anteriores ao surgimento do capitalismo e, mesmo, mais próprias de suas primeiras fases de desenvolvimento. Essa é, sem dúvida, uma explicação que têm vigência e um bom “sintoma” dessa imagem ideal de trabalho mais “artesanal” é o desconforto verificado por um dos produtos da própria racionalidade biomédica: a sofisticação de tecnologias e o aprofundamento dos conhecimentos especializados para sua operação, que geram dependência de outros profissionais, mesmo que horizontalmente na própria profissão. Essa constatação, que foi objeto de investigação de Schraiber (1993), aparece textualmente reiterada nos documentos analisados.

Apesar dessa explicação mais geral, que é verdadeira e está ancorada no próprio processo de trabalho médico, não me parece suficiente para explicar, nos achados da pesquisa, os pontos atuais de tensão entre a medicina e as demais práticas e instituições sociais. As categorias explicativas utilizadas por Boaventura Santos (1997) para a vigência e a crise do projeto sociocultural da modernidade parecem permitir um aprofundamento da explicação em determinados aspectos complementares, que torna mais agudos alguns achados na pesquisa.

A partir dessa matriz de explicação, é possível detalhar um pouco mais as tensões de lateralidade com as demais racionalidades (do pilar da emancipação racional), bem como da preservação do seu *status*,

mas também de um certo padrão de identidade. Se for verdade que na primeira fase do desenvolvimento do capitalismo a configuração das tecnologias gerais de trabalho mantiveram uma característica mais artesanal, também é verdade que nas demais áreas de conhecimentos e práticas sociais essa característica foi sendo perdida paulatinamente, seja pela periferação dos conhecimentos e práticas que não responderam a essa convocação, seja pela sua especialização (especialização no processo de trabalho, com divisão rigorosa de funções técnicas e operacionais, distribuição em escala dos trabalhos manuais e regulação externa do processo de trabalho). A medicina, em cujos domínios a especialização significou a ampliação, até certo limite, das possibilidades de atuação individual, “integralizada” e autônoma do seu agente nuclear, manteve relações de transversalidade com os pilares da regulação (o Estado, a *comunidade* e o mercado) que fazem transparecer nuances de sua preservação como prática autônoma.

Na sua própria origem, conforme afirma Foucault (1980), identifica-se uma intimidade forte e mutante, conforme os períodos da história, na relação com o Estado (a regulação pública da vida social), com o mercado (a preservação da força de trabalho) e com a comunidade. Em relação ao princípio da comunidade, é preciso destacar que a medicina moderna contribuiu duplamente para enfraquecer o conceito cunhado por Rousseau que, conforme identifica Santos (1997), é uma das condições da identificação da modernidade com o modo de produção capitalista. Suas tecnologias de intervenção sobre o corpo individual e sobre o corpo social⁸⁹ fortalecem a constituição dessas duas dimensões e contribuem para o enfraquecimento do conceito da comunidade concreta de cidadãos soberanos (o povo) e sua transformação na sociedade moderna, constituída por uma abstrata sociedade civil (esfera pública) e os sujeitos individuais e portadores de uma identidade coletiva (a esfera privada). Por outro lado, uma característica própria do princípio da comunidade durante a segunda fase do capitalismo, a sua re-materialização no surgimento de práticas e entidades corporativas, já foi uma característica da medicina moderna desde sua emergência.

Entretanto, retomar as explicações construídas pelos diversos autores não é o objetivo dessa carta. Os conceitos-ferramentas de trabalho já estão registrados em outra parte da Tese. Aqui, é importante apenas que se registre a construção histórica de uma certa autonomia, diferenciada em relação às demais práticas sociais, da medicina com o Estado, com a comunidade e com o mercado. Portanto, seja para readquirir um *status* ameaçado, ou seja, para reconstruir as relações com esses conceitos/estruturas do cenário social, a constatação da necessidade e o movimento de busca de conhecimentos e outras formas de relação, mesmo que *marginais* na configuração corporativa, constituem-se como inovações para o registro cartográfico. Esse movimento foi identificado, não somente nos aspectos que se referem à busca e oferta de novos conhecimentos pela RAMB, como também na matriz de avaliação do projeto CINAEM e no relato de experiências de formação de médicos em cenários de ensino representativos do sistema de saúde extra-hospitalar (externas ao hospital universitário e às suas estruturas ambulatoriais “preparadas” para o ensino médico). A tensão existente das entidades com esses aspectos é demonstrativa de uma potência disruptora, que torna esses indícios, ainda mais fortes.

6.2.3 A MEDICINA MODERNA E OUTROS “PACIENTES”

Além dos indícios de tensão e inovação agrupados nas categorias anteriores, anunciou-se também, nos materiais analisados neste território, um novo “paciente”: aspectos bioéticos, que advém do estudo sistemático de áreas diversas, devem orientar e, mais, devem ser utilizados para determinar os limites que as possibilidades do conhecimento biomédico criaram para os profissionais na sua relação com esse novo “paciente”. O novo “paciente”, além de provocar o reordenamento do conhecimento biomédico por outros conhecimentos, também teve reconhecido um novo direito: da autonomia. Esse reconhecimento, pela bioética, recria o “outro” da prática médica, mas também recria a própria clínica. Utilizando o fragmento de um texto publica-

⁸⁹ A medicina moderna sempre foi uma medicina individual, como se apresenta, e social, de intervenção sobre o corpo social, nos disse Foucault (1989).

do no Jornal Medicina, produzido por um representante do poder judiciário, percebe-se o impacto potencial desse direito: “do poder imperial dos médicos, juizes do destino de seus pacientes, imbuídos do princípio da benemerência”, descrito no Código de Ética Médica, “passa-se ao relacionamento horizontal em que as pessoas podem decidir sobre seus destinos, na proposta do diálogo, da informação, em resumo, da democracia, do relacionamento na assunção da cidadania plena, mesmo na hora da dor e da doença” [MED, 104: 28]. Recriam-se o “outro”, o próprio médico e o modo de relação entre ambos, com esse único princípio.

O “humanismo” médico, traduzido como a aplicação do princípio da ética médica da benemerência (o uso do limite do saber e da tecnologia disponível que, no juízo médico, são benéficos para o paciente) sofre um abalo, já que há um sujeito dotado de capacidade, que deve interagir com o conhecimento e com a prática do profissional.

Mas esse outro precisou ser recriado também por decorrência de uma disputa interna à corporação, relativa ao desígnio da melhor forma de exercer a clínica médica. No tensionamento que se verificou entre a incorporação de um novo método de administrar os conhecimentos científicos para o exercício da clínica (a Medicina Baseada em Evidências) e o fortalecimento da *experiência clínica* como a capacidade necessária a cada profissional para, usando sua melhor capacidade artística, combinar os conhecimentos biomédicos recebidos para sua aplicação no atendimento do “paciente”. Em um dos planos de argumentação, o “paciente” (o lugar de aplicação do conhecimento) foi recriado como o componente indispensável para adestrar a capacidade de “medida” do profissional entre conhecimento e arte (o ensino à beira do leito é insubstituível para o aprendizado, foi dito), por meio da escuta e da análise dos sinais e sintomas e da utilização dos conhecimentos obtidos na “medicina dos livros”. Mais do que isso, afirmou-se que a arte da medicina também implicava na capacidade de recriar os conhecimentos por meio da interação com o “paciente” (a *experiência clínica* não somente como a tecnologia de aplicar conhecimentos universais nos corpos individual e social, mas também como a capacidade de atualizar-se mediante o contato com o “paciente”).

É preciso lembrar também que em todas as demais racionalidades médicas, para além da biomedicina, há outros “pacientes”: são cinco dimensões relativas aos sistemas médicos que foram identificadas por Luz (1997) para diferenciá-las e a característica que marca a combinação dessas dimensões na racionalidade biomédica relativamente ao “outro” é que “a medicina contemporânea afastou-se do sujeito humano sofredor como uma totalidade viva em suas investigações diagnósticas, bem como em sua prática de intervenção” (Luz, 1997: 21).

Nesse conjunto de tensionamentos identificados nas fontes de pesquisa, também se localizou o movimento de deslocamento, na internalidade da biomedicina, do limite da doença: ela é apenas uma construção abstrata; o doente e seus problemas de saúde é que são reais e que, portanto, devem estar no foco principal da atenção do médico, conforme o que se diz. Embora as entidades médicas tenham optado por desencadear dispositivos morais para homogeneizar as “melhores evidências científicas” na configuração das práticas médicas (preservando o conceito inicial da *experiência clínica* e seu objeto de intervenção, ou seja, a doença), é inegável que esses argumentos demonstram uma heterogeneidade de práticas (e de discursos!) no interior da medicina e, principalmente, que há um movimento constante de acomodação. Há uma instituição em movimento e essa instituição, cujos limites são refeitos continuamente, não tem exatamente a configuração estabelecida como dominante pela modernidade.

Esse registro é importante porque, de acordo com o compromisso registrado no início desta cartografia, seu objetivo não é propor o descarte sumário dos conhecimentos, tecnologias e possibilidades que a medicina moderna pode trazer à vida. Trata-se de buscar, isso sim, novos planos de possibilidade para a clínica, que fortaleçam seu compromisso com a vida. Assim, buscar indícios de tensão com a configuração atual da medicina moderna e pontuar suas insuficiências e sua grave crise, é parte do exercício de reconstrução de outras possibilidades.

Às idéias registradas na análise do território da medicina, acrescentar-se-ão, para a *tecitura* dessa carta, outras idéias buscadas em um território da esfera pública híbrida que tem atribuído a si a prerrogativa de avaliar e decidir sobre a configuração do sistema (organizações, serviços e práticas) de saúde: o Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS). Esse Conselho, como um índice, permitirá conhecer *cantos de sereia* nascentes em aspectos da clínica e da pedagogia médicas emergentes.

A CARTA

TERRITÓRIO 2

O Conselho de Saúde, os *suleamentos* do sistema de saúde brasileiro e algumas idéias para a *clínica nômade* (contribuições dos atores do controle social às inovações nas práticas de saúde)

A defesa da vida e o compromisso com a vida são valores que nem a mão invisível do mercado nem a mão pesada do planejamento centralizado e burocrático são capazes de garantir. Valores que ou vingarão através de empenho, luta, coragem e convicções firmes, ou simplesmente serão suplantados pelo cinismo, pela indiferença, pela cupidez e pelo individualismo mais feroz. (Capistrano Filho, 1995: 41)

1. O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE (CES/RS): CONTROLE SOCIAL NO SUS DO RIO GRANDE DO SUL E SULEAMENTOS NA SAÚDE

O Conselho Estadual de Saúde (CES/RS) é a instância colegiada permanente e de abrangência estadual do controle social no SUS do Rio Grande do Sul. Foi criado pela Lei Estadual nº 10.097, de 31 de janeiro de 1994, que lhe outorgou “funções deliberativas, normativas e fiscalizadoras, assim como de formulação estratégica, atuando no acompanhamento, controle e avaliação da política estadual de saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros” (Art. 2º).

É composto por 52 (cinquenta e dois) conselheiros representantes de entidades da área governamental (11 conselheiros), de prestadores de serviços (5 conselheiros), de trabalhadores de saúde (10 conselheiros) e da sociedade civil organizada/usuários (26 conselheiros). As entidades que fazem parte do CES/RS foram nominadas na sua lei de criação e os seus representantes, uma vez indicados pelas respectivas entidades, são nomeados por meio de ato oficial do Governador do Estado. A estrutura organizativa do Conselho é composta pelo Plenário, que se constitui na instância de máxima deliberação, pela Mesa Diretora, pela Secretaria Executiva, pela Assessoria Técnica, por 08 Comissões Temáticas e Especiais, incluindo uma Comissão Permanente de Fiscalização e 12 Conselhos Regionais de Saúde.

Há uma particularidade importante no funcionamento do CES/RS, que tem sido objeto de discussões nos eventos que tematizam o controle social no setor saúde em todo o país (Conferências, Encontros e outras atividades de conselheiros): a escolha dos membros da sua coordenação. Numa grande parte dos Conselhos de Saúde existentes, a função de Presidência é exercida, por decorrência das leis e decretos de criação e, algumas vezes, dos próprios regimentos internos dessas instâncias, privativamente pelo Secretário de Saúde. Nos locais onde isso acontece, há um entendimento, equivocado, de que, como se trata de um órgão vinculado (administrativamente) à estrutura governamental encarregada do sistema de saúde, a autoridade máxima da instituição deva exercer essa função⁹⁰. É o caso, por exemplo, do Conselho Nacional

⁹⁰ Esse é um evento que associa duas transposições: uma primeira aprisiona o conceito do público ao estatal, transposição que é fortalecida pelo ordenamento jurídico produzido na Constituição Federal e na legislação complementar que vincula, para efeitos administrativos, os Conselhos de Saúde à estrutura formal do Estado (a lei veda, como regra geral, a manutenção regular, com os recursos arrecadados pelo poder público - denominados “recursos públicos” -, de estruturas localizadas na esfera privada; por outro lado, a regulação do sistema de saúde, que é função atribuída constitucionalmente ao poder público não poderia ser feita desde o espaço privado; assim, associou-se esse espaço institucional em que a população exerce sua prerrogativa de participar da regulação do sistema de saúde à estrutura administrativa do governo). Por outro lado, essa primeira transposição suscitou à possibilidade de uma segunda transposição, não mais de âmbito administrativo e burocrático, mas de âmbito ideológico e político, cuja origem seguramente remonta à cultura patrimonialista da gestão do Estado brasileiro (Fedozzi, 1997). Quando essa “esfera pública híbrida” (Santos, 2002) é percebida como espaço de interdição da lógica do governo (relativa ao próprio exercício de governo, como expressão *ilimitada* de legitimidade/hegemonia política de um conjunto de idéias do partido político ao qual pertence o governante eleito e/ou relativa a uma técnica entendida como *necessária* para operar a máquina governamental, particularmente no que se refere à operação de uma estrutura *ordenada* do sistema de saúde), a disposição constitucional transforma-se em concessão e, entre outras estratégias utilizadas (por governantes de um amplo leque de configurações partidárias!) para a manutenção da “ordem”, está, justamente, a naturalização da situação em que a autoridade que dirige a estrutura de governo exerça também a função de direção, facilitando o “ordenamento” da “irracionalidade” associada aos movimentos caóticos e indisciplinados do “popular” (a tensão com o projeto de governo). A origem das categorias analíticas dessa reflexão, que remete aos efeitos da razão ocidental moderna no exercício do governo, particularmente na cultura de governo latino-americana, foi feita a partir da produção de Dornelles (1996). As reflexões sobre a ruptura que a cultura de participação da população na gestão do Estado brasileiro estabelece com a cultura tradicional, expressa em práticas patrimonialistas, têm origem em Fedozzi (1997).

de Saúde, cuja situação foi questionada pelos representantes do CES/RS por ocasião de sua participação na VII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, segundo relatado na reunião do colegiado que avaliou aquela atividade [CES, 10/06/1999] e na discussão de uma carta de repúdio enviada ao colegiado nacional [CES, 24/06/1999]. O Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em dezembro de 2000, aponta essa situação como um *déficit* de democracia na organização do controle social e propõe que “todos os Conselhos de Saúde devem eleger sua presidência, democraticamente, entre seus membros” (Brasil, 2001: 73), sugerindo inclusive a elaboração de uma legislação nacional para garantir essa como um condição compulsória para todos os Conselhos.

No CES/RS, já na lei de criação está prevista a escolha da coordenação por eleição direta entre seus participantes, com a ressalva de que a Mesa Diretora preserve a proporção de 50% de representantes da sociedade civil/usuários prevista em relação às demais entidades que o compõem (as categorias de entidades são chamadas, corriqueiramente nos Conselhos, de “segmentos”). Ou seja, não obstante esteja prevista a eleição dos componentes da Mesa Diretora, inclusive do seu Presidente, pelo Plenário, também está assegurada a composição desta por todos os segmentos que fazem parte do Conselho de Saúde. Esta característica tem sido reconhecida nacionalmente, bem como multiplicada, mais recentemente, no país inteiro. No CES/RS, a idéia de que a autoridade governamental seja “naturalmente” conduzida à presidência dos Conselhos de Saúde tem produzido intensas discussões, com o predomínio da idéia contrária, de que seja vedado ao Secretário de Saúde ocupar tal função. Essa posição, que teve expressão na III Conferência Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, mais do que argumentos de ordem epistemológica (concepção de democracia) ou político-filosófica (equilíbrio de forças entre o governo e a sociedade), tem argumentos de ordem moral: muitos governos são impermeáveis e mesmo refratários à participação da população e, portanto, tenderão a atenuar o funcionamento dessas instâncias se estiverem no lugar da sua presidência⁹¹. Assim, tornar-se-ia prudente afastar essa possibilidade [CES, 01/2001]. Na 11ª Conferência Nacional de Saúde essa posição foi preterida pela citada proposta de garantia da eleição direta e horizontal.

Essa idéia de *equilíbrio dinâmico*, derivado da interação cotidiana de diversos interesses que compartilham algum protagonismo no cenário da saúde, não é exclusiva do CES/RS e, neste, está igualmente presente em todas as suas instâncias. É um traço fundamental na própria concepção do sistema de saúde desenhado pela Constituição brasileira: há a necessidade legal (ou uma expressão concreta de cidadania legalmente garantida, quando esse mesmo aspecto é visto por uma parte significativa dos representantes das entidades da sociedade civil e dos trabalhadores, segundo registra-se em documentos e em atividades do CES/RS) do contato constante, da discussão densa, muitas vezes exaustiva, para a tomada de decisões relativas às políticas de saúde a serem desenvolvidas e aos projetos prioritários a serem implementados. O conhecimento aceito como válido para subsidiar decisões relativas à organização e ao funcionamento do sistema estadual de saúde, inclusive sobre o próprio Conselho e suas instâncias, é produzido com essa metodologia e não embasado em cardápios de conhecimentos validados externamente e simplesmente importados para o espaço das argumentações. Há processos pedagógicos capazes de produzir novos conhecimentos, inclusive relativos às formas de participação, que têm a potência de romper com as configurações da cultura e das

⁹¹ É necessário observar que a presidência dos Conselhos de Saúde tem, nesse campo argumentativo, um valor basicamente simbólico, uma vez que também está apregoada uma horizontalidade importante nas estruturas de direção (defende-se que, como desdobramento da idéia de “paridade compensatória” assegurada à sociedade civil, o segmento governo esteja representado nas estruturas de direção dos Conselhos, porém impedidos de ocupar a sua Presidência). Nesse campo argumentativo, que ocupa inúmeros documentos e boa parte das discussões sobre esse tema, diz-se também que a estrutura de direção não deve ser identificada pelos lugares personalizados que a compõem (Presidência, Vice-Presidência etc.), mas pela designação geral de “Mesa Diretora”, “Coordenação” etc.. Há um forte componente reativo nesse campo argumentativo, já que responde ao fato de muitos governantes mostrarem-se impermeáveis aos interesses expressos pela população organizada e de alguns serviços de saúde atentarem contra esses interesses. Como se verá nas idéias capturadas para essa cartografia, a lógica pragmática, mais do que uma coerência/linearidade teórico-filosófica é uma característica marcante desse colegiado também em outras situações. No CES/RS foram mantidas as denominações de Presidente e Vice-Presidente, fixadas já na sua lei de criação, e as demais funções que compõem a Mesa Diretora foram horizontalizadas com a designação geral de “Coordenadores”. A função de presidência vem sendo exercida regularmente por representantes dos usuários e dos trabalhadores em saúde.

práticas tradicionais de relação entre a sociedade civil e o Estado⁹², mas afirma-se que é preciso garantir protagonismo da sociedade na condução desse processo.

No CES/RS essa característica assumiu, para além de princípio legal, pelo dispositivo organizativo gravado já na sua lei de criação, também um princípio metodológico. Ou seja, não há permeabilidade e tampouco trânsito de argumentos que reivindiquem estabilidade pela sua origem técnico-científica ou governamental. O que não exclui, pelo contrário, sua receptividade à “processos de mediação” (Moll & Fischer, 2000) entre diferentes conhecimentos e tampouco impede a cooptação de representantes dos diversos segmentos por campos argumentativos associados ao interesse imediato de entidades ou corporações, embora essa possibilidade seja constatada de forma infreqüente nos documentos analisados e na vivência concreta nesse espaço.

Outras duas características do CES/RS o diferenciam significativamente de parte dos demais Conselhos de Saúde, uma relativa à estrutura e outra ao seu funcionamento, foram adotadas como estratégia de integração e de capilarização do controle social no Rio Grande do Sul. A criação de Conselhos Regionais de Saúde, com área geográfica de abrangência idêntica à das Coordenadorias Regionais de Saúde⁹³ da SES/RS e subordinados diretamente ao Conselho Estadual, com a prerrogativa do exercício das funções deste na sua região, vem permitindo uma atuação descentralizada, particularmente relativa à deliberação e ao acompanhamento de questões que envolvem a gestão regional do SUS e à articulação e ao acompanhamento dos Conselhos Municipais de Saúde. Atualmente estão implantados e em funcionamento 12 (doze) Conselhos Regionais de Saúde, estando os outros 7 (sete) em processo de constituição.

A essa particularidade organizativa, o CES/RS associou outra, relativa à qualificação permanente do controle social no estado, implementando atividades continuadas de formação para os conselheiros municipais, regionais e estaduais de saúde. Essas atividades são realizadas pelos próprios Conselheiros Estaduais e Regionais de Saúde. A partir de 1999, com suporte técnico, financeiro e operacional da Escola de Saúde Pública (ESP/RS) da Secretaria da Saúde do Estado e das Coordenadorias Regionais de Saúde foi ampliado significativamente o âmbito de abrangência (Ceccim & David, 2002)⁹⁴. Atualmente, um projeto dessa ordem está sendo elaborado para o país inteiro, conforme já determinava a 11ª Conferência Nacional de Saúde, e a experiência do Conselho gaúcho e da SES/RS tem sido requisitada pelo Conselho Nacional de Saúde para

⁹² O processo de aprendizado e as *pedagogias para a vida coletiva* que são construídas por meio dos processos de participação da sociedade civil na configuração das políticas executadas pelo Estado, as tensões produzidas com a própria estrutura do poder público (executivo e legislativo), as *redes latentes ou visíveis tecidas* pela sociedade (com ou sem a presença do Estado) para resolver problemas coletivos e decorrentes, muitas vezes, de déficits de presença de políticas públicas governamentais (ou dos seus excessos, como quando as políticas impostas chocam-se com os *amalgamas culturais* dos grupos sociais), bem como a capacidade que esses processos participativos têm de produzir reenraimentos de populações migrantes e amalgamas de organização e solidariedade entre os cidadãos, têm densas análises já formuladas. Os conceitos-ferramenta grifados pertencem à reflexão de Moll & Fischer (2000) sobre o Orçamento Participativo em Porto Alegre, que faz também uma importante revisão de outros estudos a esse respeito.

⁹³ Coordenadoria Regional de Saúde é a denominação dada a cada uma das 19 estruturas regionais da SES/RS, chamadas até 1998 de Delegacias Regionais de Saúde. Essas estruturas, que têm a função de direção regional do SUS, abrangem uma quantidade extremamente variável de municípios e de população, bem como os indicadores de saúde são bastante diversos. Essa heterogeneidade impõe a busca constante de estratégias próprias em cada uma dessas regiões para a organização do SUS. O reconhecimento de que a heterogeneidade da situação de saúde no território estadual implicava na reorganização da estrutura até então verticalizada da SES/RS, para dar conseqüência às diretrizes constitucionais de descentralização da gestão e integralidade com equidade na atenção, fizeram com que fosse talhado um conceito próprio no SUS/RS, a *gestão regional*, à qual foram associadas as respectivas estruturas de controle social. Os efeitos dessa nova forma de organizar a gestão estadual do sistema de saúde têm sido objeto de diversos estudos (Ferla & Martins Jr. 2001; Ferla & Cols., 2001; Müller & Possa, 2001; Cunha, 2001; Ferla & Cols. 2002a, 2002b, 2002c, 2002d).

⁹⁴ Para os Conselhos, a atividade de formação está revestida de uma expectativa muito grande de autonomia. Reivindicam que novos conhecimentos circulem para fortalecer o controle da população sobre o sistema de saúde, mas a condição de conhecimento acadêmico ou administrativo não é suficiente para ter permeabilidade na programação desses eventos. É preciso que o conhecimento seja considerado relevante para os próprios conselheiros e que seja proposto de forma participativa e permeável às questões quotidianas dos conselheiros. Assim, muitas vezes a definição do perfil docente e de monitores exclui àqueles cuja experiência seja restrita à produção acadêmica ou administrativa em favor de outros, com menor titulação escolar mas com familiaridade com o cotidiano do sistema de saúde. Esse não é um dado que apareça somente nas discussões do CES/RS, também foi registrado na 11ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 2001) e em diversos encontros regionais e nacionais de conselheiros, inclusive nas discussões realizadas junto ao Conselho Nacional de Saúde, dos quais fui participante. Não exclui, entretanto, as possibilidades de parceria. Parceria com a SES/RS, por meio da participação da ESP/RS, foi uma demanda registrada já durante a primeira reunião do CES/RS com a nova direção da Secretaria [CES, 21/01/1999].

acompanhar e avaliar os materiais de suporte didático-pedagógico e as estratégias que estão sendo produzidas para sua implementação. A experiência da ESP/RS, intensificada a partir de 1999, de docência e pesquisa em saúde pública, bem como na organização desses eventos extensivos a outros agentes sociais, fez com que fosse indicada para participar de um restrito conjunto de entidades encarregadas de elaborar os documentos e as tecnologias que serão utilizados nesse projeto de âmbito nacional.

A existência de Conselhos Regionais e o encontro regular dos conselheiros, em cursos e outras atividades de formação vem constituindo uma rede, com importante reforço ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, conforme demonstra claramente a análise dos documentos. As tecnologias utilizadas para fortalecimento e potencialização dessa rede de controle social no Estado também são reconhecidas nacionalmente. Mas esse não é o foco dessa análise. A descrição panorâmica do CES/RS, do seu método de funcionamento e produção de conhecimentos para embasar decisões e do processo de controle social no Estado do Rio Grande do Sul objetiva tão somente permitir uma visão das possibilidades, legais e práticas, que os movimentos no seu interior produzem no Sistema Único de Saúde. O objeto desta cartografia é a medicina, suas práticas e a formação dos seus agentes, inserindo-se as produções do CES/RS no contexto das fontes de idéias para auxiliar a reconfiguração dessas práticas e do processo de ensino, cuja necessidade é fartamente registrada inclusive nos documentos já analisados das entidades médicas. Essa instância tem o desígnio legal de analisar, propor e avaliar as práticas de saúde e tem a legitimidade, desde as disposições que asseguram a participação da população na gestão do SUS, para fazê-lo. A existência de conselheiros regionais de saúde, ativamente participantes nas atividades do CES/RS, garante uma sensibilidade de abrangência estadual para a captura de fatos e problemas relevantes para a análise e decisão do colegiado. Outros aspectos do funcionamento do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul permitirão uma visão mais precisa desse território no qual foram buscadas essas idéias.

A Mesa Diretora reúne-se regularmente todas as semanas e, extraordinariamente, sempre que há necessidade. As Comissões têm calendários próprios de atividades e têm a incumbência de relatar suas atividades ao Plenário do CES/RS em todas as reuniões. As Reuniões Plenárias do CES/RS acontecem quinzenalmente, das 14 às 18 horas. No período compreendido pela análise, os anos de 1999 a 2001, ocorreram 64 reuniões, conforme estão apresentadas no Anexo III. Também fizeram parte do calendário de eventos do CES/RS nesse período, envolvendo o conjunto de conselheiros, o processo de preparação das etapas municipais, regionais e estadual e a participação na etapa nacional da 11ª Conferência Nacional de Saúde (no ano de 2000), além das Conferências de Saúde com temas específicos, no ano de 2001: de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS), de Vigilância Sanitária e de Saúde Mental. A cada ano realizou-se também um conjunto de atividades especificamente voltadas aos conselheiros de saúde, para além das atividades de capacitação: Reuniões Plenárias estaduais, da região sul e nacionais de conselheiros de saúde. Listar as demais atividades que envolveram a participação de conselheiros estaduais em eventos regionais, estaduais e nacionais, tarefa exaustiva, somente permitiria perceber o que essas atividades já demonstram: uma dinâmica com muitos pontos de encontro, que permitem imaginar facilmente uma rede de grandes dimensões. O conteúdo dessas discussões envolve toda uma gama de assuntos relativos à organização e ao funcionamento do SUS, que tem, entre suas funções, a vigilância e a regulação do conjunto de ações de saúde realizadas no país. Portanto, o objeto das discussões dos Conselhos, para o que diz respeito ao exercício da medicina, é o conjunto dos campos de práticas que possam existir, inclusive aquele, muito restrito, do exercício liberal da profissão⁹⁵.

⁹⁵ Estudos têm demonstrado que a mais de 75% das ações de saúde produzidas no país são financiadas diretamente com recursos do SUS, quer sejam oferecidas por serviços estatais ou privados vinculados ao sistema público, principalmente em decorrência de um modelo médico-assistencial privatista implementado no Brasil mais fortemente a partir da década de 70 (Almeida & Cols. 2001). Essas ações são objeto direto da regulação, inclusive financeira, do SUS e dos Conselhos. Uma parcela menor dessas ações, providas por meio de planos e seguros privados de saúde, não estão submetidas a esse controle, embora sejam fortemente subsidiadas com recursos públicos, por meio da isenção de impostos e contribuições sociais (Dain & Cols. 2001; Bahia, 2001). Entretanto, mesmo essas estão parcialmente subordinadas às competências definidas legalmente ao SUS por meio da regulação da incorporação de tecnologias, vigilância sanitária (controle do cumprimento das normas para a realização dos serviços, bem como das condições físicas dos ambientes) e da regulação pública do mercado de saúde suplementar, por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Além da rede de Conselhos de Saúde, com suas estratégias de atuação, formação e atividades conjuntas, há outras formas e fluxos de controle social sobre as políticas públicas no Rio Grande do Sul. A maior parte das políticas sociais tem, já criados e em funcionamento, conselhos com a participação da população. Esses demais conselhos têm grandes variações na sua composição e também nas prerrogativas que lhes são legalmente atribuídas, sendo que, na sua maioria, não existe a garantia legal de deliberar sobre as respectivas políticas específicas, mas apenas a função consultiva, a execução de algumas atividades operacionais e/ou a emissão de pareceres técnico-consultivos dessas políticas.

Por outro lado, um processo mais geral envolve todas as áreas do Governo do Estado, inclusive a saúde, e discute anualmente a composição do orçamento estadual. O Orçamento Participativo Estadual (OP), uma experiência com inúmeras análises realizadas e em andamento, vem envolvendo progressivamente um maior número de habitantes do estado a cada ano. Embora a expressão numérica não seja, isoladamente, o melhor indicador da qualidade do processo do Orçamento Participativo (Santos, 2002), o número de participantes, que alcançou 190 mil pessoas em 1999, aumentou para 280 mil em 2000 e para 430 mil em 2001 (Dutra & Benevides, 2001) é significativo da abrangência desse processo no estado. O processo do OP, em verdade, não discute o aspecto formal do orçamento estadual, que é uma atribuição do poder executivo. Nesse processo participativo, discute-se a configuração das políticas, analisa-se a situação de cada município e região em relação a cada uma delas, a situação das finanças estaduais, a previsão de arrecadação de recursos, os critérios de divisão desses recursos em cada uma das áreas que compõem o governo e um conjunto prioritário de projetos, utilizados posteriormente para a composição do documento formal que é normalmente denominado “proposta orçamentária” e submetido à análise da Assembléia Legislativa. Esse processo, que associa o controle público – “protagonismo do cidadão” – ao exercício do governo⁹⁶ traz, para a saúde, um desafio importante.

Nesta área estão constituídos, na totalidade dos estados e em praticamente todos os municípios brasileiros, principalmente por decorrência da disposição legal, conselhos e conferências de saúde, com prerrogativas de controle social na área da saúde, entendido como instâncias, processos, instrumentos e fluxos para a produção de patamares crescentes de transparência no funcionamento do poder público, mas também a possibilidade de interferência nos processos de governo, na eleição de prioridades para o uso dos recursos financeiros, na própria configuração das ações oferecidas à população (Carvalho, 1997). Mesmo tendo em conta que a análise feita pelos participantes dessa rede nacional de controle social aponta *déficits* no seu pleno funcionamento (Brasil, 2001), a instauração do mecanismo de controle horizontal sobre todas as áreas de governo, o Orçamento Participativo, poderia, potencialmente, produzir choque de competências, como foi registrado em experiências anteriores⁹⁷. Em alguns exemplos analisados no decorrer da exploração desse território, a articulação entre as diversas formas de controle social sobre as políticas públicas, mesmo com alguns

⁹⁶ Boaventura Santos (2002) nomina essa situação de compartilhamento recíproco de autonomias relativas entre o governo e a sociedade civil de “esfera pública híbrida” e situa a experiência do Orçamento Participativo no conjunto das experiências emancipadoras mundiais, que têm servido para revitalizar a democracia por meio da participação da população nas decisões que dizem respeito ao funcionamento do Estado, à inclusão social, à justiça distributiva e à ordem *móvel* das relações que se estabelecem na sociedade civil e entre esta e as instâncias de governo. Para Olívio Dutra, o “protagonismo principal” da população na relação com o governo para a definição e controle das políticas públicas, que implica num deslocamento em que “o cidadão passa a ser sujeito, e não mais objeto da política”, é um processo que objetiva “democratizar radicalmente a relação do Estado com a sociedade civil” (Dutra & Benevides, 2001: 8).

⁹⁷ Refiro-me à experiência de forjar mecanismos de articulação entre o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre e o Orçamento Participativo municipal, instaurado em 1989 nesse município. Entre outros pontos de conflito, a capacidade de análise horizontal dos problemas da cidade, que foi sendo sistematizada pelos participantes do OP, entrou em conflito, muitas vezes, com as capacidades dos conselheiros de saúde, sistematizadas pelo exercício regular, e com a prerrogativa prevista legalmente de análise e deliberação sobre as questões específicas da saúde, inclusive sobre o uso dos recursos orçamentários, cujos percentuais mínimos também estavam estabelecidos legalmente. Além da minha análise na condição de participante desse processo, esses limites foram descritos, entre outros autores, por Boaventura Santos (2002) e Fedozzi (1999). A experiência estadual, desde 1999, teve a capacidade de combinar a experiência prévia dos seus atores e propor alternativas de interesse comum, cujo resultado prático mais potente foi a proposição de ações e articulações intersetoriais para o desenvolvimento de políticas públicas não mais somente pelas instâncias de governo, mas também pela própria população no interior dessas instâncias de participação (Ferla & Martins Jr., 2001), conforme se pode constatar também na análise dos documentos produzidos no CES/RS.

limites e algumas dificuldades, mostra-se como uma potente caixa de ressonância para as práticas em saúde e um forte mecanismo de tensionamento com os modos atuais de funcionamento dos serviços, ainda marcados (práticas e serviços) pela vigência do modelo biomédico. Potentes, portanto, para agregar à racionalidade e ao conjunto dos conhecimentos e habilidades mobilizados pelos profissionais para o exercício das suas práticas em cada ação de saúde e seu trânsito pela internalidade do sistema de saúde, outros planos de razão e sensibilidade e outras possibilidades de existência. Mobilizam também as interfaces do sistema de saúde com outras instituições⁹⁸. A experiência gaúcha de interface entre o Orçamento Participativo e os Conselhos de Saúde foi reconhecida na XI Conferência Nacional de Saúde, como estratégia de destaque na democratização da formulação horizontal de políticas públicas (Brasil, 2001). Também tem sido utilizada por outras áreas do próprio Governo Estadual para a elaboração de tecnologias fortalecedoras desse processo e suficientes para contornar eventuais conflitos de competências que ainda são identificados. Nesse sentido, é importante registrar que, embora a SES/RS seja bastante requisitada para relatar o aprendizado institucional que realizou em três anos, maior demanda recai sobre o relato da experiência do próprio controle social.

Exemplo relevante para ilustrar o processo e sua potencialidade é o depoimento apresentado em uma Reunião Plenária [CES, 22/03/2001], onde um conselheiro do segmento dos usuários, representando o CES/RS em uma atividade de abrangência estadual dos conselhos da área da Assistência Social (os diversos conselhos que compõem essa área são os que têm a configuração e as prerrogativas legais mais próximas aos conselhos de saúde), informa que a maior demanda recebida após sua apresentação foi sobre as tecnologias de trabalho conjunto e interfaces entre o Orçamento Participativo e os Conselhos de Saúde. Segundo o registro de seu depoimento, como percebeu que o relato objetivo das interfaces na discussão e aprovação de projetos e das atividades de capacitação de agentes sociais não estava sendo suficiente para que os ouvintes compreendessem o processo, fez uso de um argumento que dialoga perfeitamente com conceitos-ferramenta utilizados previamente (*as pedagogias de mediação para a produção de amálgamas de organização e solidariedade para vida coletiva*, conforme descreveram Moll & Fischer, 2000). Disse o conselheiro aos participantes do evento que, para além das interfaces estabelecidas na área da saúde, precisavam compreender que o centro das discussões do controle social não devia ser o interesse privado de pessoas ou instituições, mas a garantia de direitos de cidadania à população, configurados pelas suas necessidades e pelas melhores possibilidades para supri-las que os serviços públicos pudessem produzir, sob a estreita vigilância da população.

Além das questões próprias do funcionamento dessas instâncias e fluxos de controle social, outra característica está agregada ao território explorado, relativa ao próprio cartógrafo. Faço parte do CES/RS desde janeiro de 1999, tendo sido indicado pela SES/RS como um dos seus representantes por ocasião da mudança de gestão do Governo do Estado. Em fevereiro do mesmo ano, fui eleito como representante das entidades governamentais para compor a Mesa Diretora do CES/RS, ocupando a Vice-Presidência. Em julho de 2001, fui reeleito como representante dessas entidades para a composição da Mesa Diretora formada naquele ano e o mesmo ocorreu em julho 2002. O recorte temporal dos anos de 1999 a 2001 para a análise das idéias do CES/RS considerou o fato de tratar-se do período de uma mesma gestão frente à SES/RS, que

⁹⁸ Um exemplo, em particular, descreve a potência das articulações entre as instâncias e fluxos do controle social e as demais instituições governamentais e não governamentais que têm interface na saúde e nas demais políticas públicas. No ano de 1999, em sete Reuniões Plenárias do CES/RS [CES, 25/03/1999; 29/04/1999; 02/09/1999; 14/09/1999; 28/10/1999; 25/11/1999; 09/12/1999] os conselheiros manifestaram-se sobre modalidades de articulação entre o Conselho e demais estruturas e processos com interface na definição das políticas governamentais, particularmente o Orçamento Participativo. Inicialmente com alguma resistência, que foi permanecendo circunscrita à representação dos municípios e dos secretários municipais de saúde, e posteriormente como potência, pode-se evidenciar um processo de "amálgamas de organização e solidariedade" da sociedade (Moll & Fischer, 2000: 153), suficientemente fortes para a reconfiguração não somente das estruturas do Governo Estadual, mas da própria representação legislativa. Após um longo processo de discussão do orçamento estadual proposto para o ano seguinte, no qual foram estabelecidos pontos de contato da rede social entre as diferentes esferas de participação e controle sobre o Estado, aparecem descritas diversas formas de organização autônoma das entidades participantes do Conselho, planejando estratégias estaduais e regionais, para preservar os projetos previstos no orçamento da SES/RS, discutidos e aprovados previamente [CES, 25/11/1999; 09/12/1999; 27/01/2000]. Tal processo foi suficientemente forte para dissuadir os Deputados de quase todos os partidos políticos de manterem as emendas ao orçamento da saúde em benefício das suas clientelas eleitorais e, mais ainda, para pressionar a própria Assembléia Legislativa a rejeitar as emendas que não foram retiradas pelos mesmos.

é a instância de direção do SUS/RS e tem a incumbência de operacionalizar as políticas de saúde deliberadas por esse órgão colegiado, e a possibilidade de agregar, à análise documental, uma análise complementar derivada da condição de observador-participante.

Na pesquisa junto às produções do CES/RS buscaram-se idéias acerca da configuração do sistema público de saúde no qual atuam, predominantemente, a maior parte dos médicos do Estado e o que se diz sobre a clínica que estes exercem, mas também sobre as práticas de saúde desenvolvidas em serviços não vinculados ao SUS, já que essa é, igualmente, uma competência legítima e legalmente atribuída à população. Além disso, para dar corpo ao produto desta cartografia, buscou-se identificar idéias que caracterizam o usuário dos serviços desde as formulações que circulam pelo Conselho.

Antes mesmo de buscar idéias e a configuração mais geral das discussões realizadas no CES/RS nesse período, é relevante descrever a frequência da participação dos trabalhadores em saúde nesta instância de controle social. Esse registro permitirá contextualizar, entre outros elementos, possíveis interferências dos núcleos dos saberes e práticas profissionais do campo da saúde nas idéias registradas.

É preciso tomar a saúde (e a definição do seu “campo”) numa dimensão ampliada, já que é assim que foi *tecida* desde o Movimento Sanitário e que dá sentido e configuração institucional ao sistema nacional de saúde hoje existente no texto legal. Dessa opção desdobram-se duas conseqüências imediatas. A primeira delas é o reconhecimento do perfil de entidades que têm representantes exercendo a função de conselheiros, que transcende a soma dos núcleos específicos de conhecimentos e a noção reduzida de campo de conhecimentos em saúde. Mais do que uma descrição burocrática, esse reconhecimento mostra que é possível esperar uma grande heterogeneidade nos discursos sobre saúde produzidos e reproduzidos pelos conselheiros.

A segunda conseqüência é de ordem metodológica: idéias fixas a conceitos mais estreitos de saúde e do seu sistema terão, desde esse ponto de partida, uma característica de *déficit* de amplitude para o CES/RS. Entretanto, tendo em vista que o paradigma vigente é o biomédico, que aloca aos seus campos de prática e aos sujeitos que atuam nesses cenários um conjunto de características específicas, a condição atribuída no CES/RS de *déficit* de amplitude não terá a conseqüência de excluir essas idéias do conjunto daquelas que serão identificadas como idéias inovadoras. Essas duas conseqüências não têm relação de dependência, uma vez que o discurso e as práticas familiares ao paradigma vigente transbordam, muitas vezes, seus limites restritos.

Para demonstrar a participação dos diversos segmentos, entidades e representantes às Reuniões Plenárias do CES/RS, auxiliando a *ancoragem* das idéias que são o objeto desta carta, esses dados foram tratados e agrupados na disposição apresentada na Tabela 03.

Tabela 03 – Participação dos Trabalhadores em Saúde e média geral de frequência nas Reuniões do Plenário do CES/RS no período de 1999 a 2001, por representação.

SEGMENTO PROFISSIONAL	ANOS							
	1999		2000		2001		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Médicos	6	28,57	5	25,00	8	34,78	19	30,16
Odontólogos	0	0,00	7	35,00	12	52,17	19	30,16
Enfermeiros	17	80,95	15	75,00	14	60,87	46	73,02
Assistentes Sociais	7	33,33	20	100,00	16	69,57	43	68,25
Nutricionistas	18	85,71	15	75,00	15	65,22	48	76,19
Psicólogos	20	95,24	20	100,00	21	91,30	61	96,83
Farmacêuticos	7	33,33	9	45,00	21	91,30	37	58,73
Médicos Veterinários	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Fisiot. e Terap. Ocupacionais	12	57,14	15	75,00	9	39,13	36	57,14
Trab. Serviços de Saúde	12	57,14	11	55,00	14	60,87	37	58,73
Média seg. Trab. em Saúde*	11,00	52,38	13,00	65,00	14,44	62,80	38,44	60,07
Média segmento Governo*	11,63	55,36	13,13	65,63	13,38	58,15	38,13	59,57
Média segmento Prestadores*	17,00	80,95	16,67	83,33	13,67	59,42	47,33	73,96
Média seg. Sociedade Civil*	14,69	69,94	13,69	68,44	15,31	66,58	43,69	68,26
Médias Gerais do CES/RS*	13,28	63,23	13,64	68,19	14,53	63,16	41,44	65,78

Fonte: Adaptado dos Registros de Frequência da Secretaria Executiva do CES/RS. * Valores médios, considerando as entidades com participação em ao menos uma Reunião Plenária em 2001.

Optou-se por apresentar a frequência anual da representação de cada uma das categorias de profissionais da saúde, conforme detalha a lei de criação do Conselho, e as médias de frequência por segmento. Tal comparação permite, conforme já registrado, supor a legitimidade atribuída por cada uma delas ao Conselho e às suas prerrogativas, bem como fazer algumas conjecturas acerca da predominância de alguns núcleos de conhecimento nas idéias que circularam. Entretanto, é preciso considerar que a ausência de um representante não exclui a existência de outros membros do CES/RS do mesmo campo de atuação deste. Atenua, isso sim, a participação institucional das entidades representativas desses núcleos/campos específicos de conhecimentos e práticas.

De outro lado, além dos representantes “oficiais” de cada entidade/segmento, há, regularmente, em todas as atividades do CES/RS, um conjunto de participantes “extras”: representantes suplentes, convidados para atividades específicas e participantes voluntários. Esses participantes podem dispor do uso da palavra para manifestações gerais, denúncias e opiniões sobre os assuntos tratados, sendo-lhes restringida apenas a prerrogativa do voto.

Essas contribuições são identificáveis principalmente nos momentos de “Assuntos Gerais” das reuniões do Conselho, onde uma gama importante de questões é posta em circulação, gerando ações do próprio Conselho, de suas Comissões, da Mesa Diretora e, mesmo, da Secretaria da Saúde do Estado. A circulação de assuntos não está, portanto, restrita aos conselheiros e tampouco aos pontos de pauta previamente fixados. Estabeleceu-se apenas que, para questões não previstas previamente ou não discutidas antecipadamente com a Mesa Diretora ou as Comissões, não há possibilidade de deliberações que impliquem em Resoluções normatizadoras, já que se espera que cada conselheiro intervenha nas discussões com as posições

representativas da sua entidade e que, para tanto, tenha a possibilidade de consolidar suas opiniões antecipadamente, em contato com os seus pares no segmento que representa.

Conforme se verifica na Tabela 03, houve uma participação média de aproximadamente 66% dos conselheiros nas Reuniões Plenárias do CES/RS ocorridas no período. Quando analisada por segmentos, a participação dos representantes das entidades governamentais e de trabalhadores em saúde tem índices de frequência menores do que a média geral, com presença em aproximadamente 60% das reuniões. Os representantes de usuários, cuja média é composta pelo maior número de representantes (50% do total), está um pouco acima da média e os representantes das entidades de prestadores de serviços têm a maior média de participação.

Algumas informações relevantes desdobram-se desses dados estatísticos, particularmente de sua análise mais minuciosa. A primeira delas é que há uma participação significativa nas atividades, particularmente quando considerado o fato de que, nesse mesmo período, ocorreram diversos eventos concomitantes às reuniões do CES/RS, inclusive com a designação oficial de conselheiros para representá-lo (essa situação, embora prevista regimentalmente como justificativa formal para a ausência, não foi considerada na tabela). A segunda observação é que a variação da participação por segmento é pequena. Torna-se maior apenas quando analisada na sua distribuição individual pelas entidades que os compõem.

Um destaque relevante, que aponta um plano de dificuldade no trânsito das idéias que circulam na instância de participação da população na saúde para a composição de algumas políticas públicas, é a distribuição dessa participação nas entidades governamentais: a representação do Ministério da Saúde no Estado teve uma frequência inexpressiva no período (5%), que foi nula no último ano; três secretarias do Governo Estadual (de Educação, de Trabalho e Cidadania e de Coordenação e Planejamento) têm índices de frequência significativamente inferiores à média dos representantes das demais entidades (aproximadamente 30%). Embora a análise dos processos de formulação de políticas intersetoriais no Governo do Estado não seja o objeto desta cartografia, não é possível deixar de assinalar que o contato dessas áreas com a saúde para a formulação de projetos comuns apenas pelas instâncias formais de governo, negligenciando o contato por meio dos espaços em que a SES/RS discute suas políticas no Conselho de Saúde, fortalece o risco de deixar à margem as idéias que circulam nesses espaços⁹⁹.

Por outro lado, a representação dos prestadores de serviço vinculados ao SUS tem os maiores índices de frequência (74%). Nesse contexto, indicativo da importância atribuída ao Conselho Estadual de Saúde pelas entidades que compõem esse segmento, pode-se afirmar que esta é maior entre os serviços de saúde que têm suas ações pagas com recursos do SUS do que em algumas áreas, inclusive governamentais, com forte participação na dimensão intersetorial da saúde. Além do reconhecimento de que é o SUS que financia a maior parte das ações de saúde produzidas no país, sendo o principal mercado comprador dos serviços produzidos por essas instituições, há também o reconhecimento de que o CES/RS é o cenário no qual os diversos interesses são postos a circular, em busca de legitimação.

Relativamente aos trabalhadores em saúde, cuja frequência foi detalhada na Tabela 03, vê-se que os representantes de Médicos Veterinários, Médicos e Odontólogos têm uma participação sensivelmente menor do que os demais. As entidades representativas dos Médicos Veterinários, que não tiveram participação nos três anos que compõem a análise, retomaram sua participação no ano de 2002. Os representantes dos profissionais de odontologia foram substituídos por suas entidades e retomaram a participação no ano de 2000, o que pode ser verificado pelo progressivo aumento na sua participação. A representação das entidades

⁹⁹ Especificamente no que diz respeito às áreas do Governo Estadual, a existência de instâncias de participação da população no âmbito das próprias Secretarias e de estratégias mais gerais do Governo, como o Orçamento Participativo Estadual, poderiam ser utilizadas para explicar essa pequena participação, pela demanda que essas estratégias produzem nos próprios Órgãos. Entretanto, essa explicação tem uma capacidade apenas parcial de fazê-lo, já que as suas equipes de direção política, de onde provêm as indicações para essas representações, não estão restritas aos dois representantes (titular e suplente) de cada uma delas junto ao CES/RS. Por outro lado, a importância da participação intersetorial entre as áreas de governo, como demonstram os documentos analisados, é percebida pelos conselhos específicos dessas áreas, que mantêm com o CES/RS um intenso intercâmbio, inclusive para garantir caráter intersetorial às políticas capazes de absorver essa característica na sua implementação. Em relação à representação do Ministério da Saúde, o esvaziamento de atribuições das representações estaduais, restritas a algumas ações administrativas, provavelmente seja a principal explicação para sua pequena participação.

médicas manteve sua frequência praticamente estável no período¹⁰⁰. Embora os representantes das entidades médicas não tenham tido uma frequência expressiva no período, há participação de médicos no Plenário do CES/RS em outras representações, como da SES/RS, dos Secretários Municipais de Saúde e como convidados das demais entidades, particularmente em algumas discussões específicas, para subsídio dos representantes dessas entidades, e da Mesa Diretora do CES/RS, por decorrência de discussões que tenham a expectativa da contribuição específica de profissionais médicos. Também há a participação desses profissionais nas demais atividades do Conselho e das suas Comissões.

Essa descrição geral objetiva identificar uma ampla gama de instituições representadas no CES/RS, com núcleos e campos de saber bastante variados, tornando-o um *locus* favorável para a expressão de idéias que estejam à margem do paradigma biomédico. Embora periféricas deste ponto de vista, essas idéias, ao transitarem por esse fórum e serem absorvidas em suas deliberações, tornam-se idéias oficiais, ampliando os focos de racionalidade que embasam tradicionalmente práticas profissionais e ações de governo. Também expressam vigência por meio de ecos que, não sendo absorvidos numa determinada oportunidade, por vezes retornam em momentos em que sua potência seja ampliada e então interferem na configuração das idéias coletivas, num processo dinâmico que desafia a capacidade de registro e a territorialidade instituída.

Essas afirmações, de caráter preliminar, serão mais bem fundamentadas nos achados da pesquisa. Seu aparecimento, neste momento, apenas expressa uma dimensão *caótica e indisciplinada* da produção da carta: dobras de tempo permitem reencontrar a produção já registrada e o espaço que ocupava. É a alteridade se manifestando como um retorno de *outro* momento na *mesma* produção. Ou então, numa metáfora da navegação, o reencontro com a mensagem jogada ao mar em algum momento da viagem. Antes de ser um viés, esse é um recurso que quer potencializar a carta.

Outro dado geral, sistematizado no olhar mais panorâmico das produções do CES/RS, mostra a distribuição dos conteúdos que foram abordados nas suas Reuniões Plenárias. Esse dado também gera informações de contornos mais gerais do território, que são extremamente relevantes para o traçado da carta.

À exemplo do que foi feito nas primeiras aproximações com o território da medicina e suas produções documentais, procurou-se aqui também distribuir as categorias a partir do componente mais evidente de cada uma das discussões realizadas. Essas categorias, que agrupam o conteúdo das discussões, tiveram um desenho básico igualmente formatado a partir de desdobramentos mais diretos das diretrizes definidas constitucionalmente para o sistema de saúde¹⁰¹, que é o campo onde se expressam as práticas de saúde. Essas categorias têm, desde a definição constitucional, uma abrangência que extrapola os serviços estatais de promoção, proteção e assistência à saúde, já que esse instrumento legal consolidou, como foi descrito no

¹⁰⁰ Para além das características próprias dos profissionais médicos, relativas à concepção autônoma do seu próprio trabalho (Schraiber 1997), há uma característica diferenciada das entidades representativas dos médicos no Rio Grande do Sul daquelas identificadas nacionalmente. Embora outras alternativas que não exclusivamente liberais e autônomas de trabalho não representem o ideal da profissão, há iniciativas das entidades médicas nacionais em identificar possibilidades de defesa do SUS tal qual foi previsto constitucionalmente. Ao contrário, as entidades representativas dos médicos no Rio Grande do Sul têm expressado, reiteradamente, por meio dos seus veículos próprios de comunicação e também por meio da imprensa comercial, uma oposição sistemática ao sistema público. Ao que transparece dos argumentos das entidades médicas gaúchas, o envolvimento com as questões relativas ao sistema público de saúde é desnecessário, já que bastaria que este lhes propiciasse salários "não aviltantes", regras médico-corporativas para a regulação das práticas em saúde (inclusive sobre as demais profissões) e "condições adequadas" para o trabalho médico. Além de *déficit* de compreensão da historicidade e da processualidade na implementação do SUS, há também um *déficit* evidente de compreensão da sua dinâmica de funcionamento, que garante – desde a disposição legal – a permeabilidade aos saberes e necessidades sentidas pelo usuário, inclusive no que se refere às práticas profissionais. Ao que parece, em nosso meio há uma rigidez diferenciada, própria da biomedicina, que assujeita de forma mais hermetica os médicos e seu olhar sobre os "pacientes", que seguramente merece um estudo de caso mais aprofundado.

¹⁰¹ Refiro-me à gestão do sistema, que deu origem à primeira diretriz ("descentralização, com direção única em cada esfera de governo"); à atenção à saúde, que produziu a segunda diretriz constitucional ("atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais"); e ao controle social ("participação da comunidade"), conforme estabeleceu o Artigo 198 da Constituição Brasileira de 1988. Mais do que a importância que lhes é assegurada pelo registro no texto da Constituição, com o atributo de "diretrizes", a escolha dessas três categorias teve em conta a importância que têm essas áreas e o direcionamento que lhe impôs este documento legal no processo de reordenamento do sistema de saúde brasileiro, conforme já foi apresentado no Capítulo anterior.

Capítulo anterior, um conceito ampliado de saúde e delegou, ao sistema público de saúde (SUS) e às estruturas governamentais, a prerrogativa de executá-las diretamente, contratá-las dos serviços privados até o limite da necessidade e normatizar e fiscalizar o conjunto das ações de saúde realizadas no país. Vê-se, portanto, que as disposições definidas na legislação nacional o foram na expectativa de que tivessem vigência e atualidade no conjunto das práticas que configuram ações de saúde.

A tentativa de localizar tais categorias na produção das entidades médicas mostrou um grande desequilíbrio na frequência de algumas, com um franco predomínio de questões relativas à doença, incrustada no organismo biológico e suscetível de ações pontuais sobre o doente, orientadas pela maior sofisticação tecnológica disponível, pela *experiência clínica* do médico e pelas *evidências* que o conhecimento clínico-epidemiológico tenha a oferecer, em combinações variáveis, de acordo com a corrente de análise à qual o médico está afiliado. Ou seja, mostrou que, para as entidades representativas desses profissionais, o paradigma biomédico tem absoluta vigência na orientação das práticas cotidianas. Mas também mostrou inúmeros pontos de tensão interna à corporação, inclusive com expressão em idéias que apontam o esgotamento desse paradigma: a “crise” da medicina identificada por meio dos seus próprios veículos de divulgação e documentos também tem um componente de “crise de degenerescência” (Santos, 1997). As categorias inicialmente previstas foram expressivamente reconfiguradas e expressas na Tabela 02.

Também no território do controle social se fez uma primeira aproximação com idêntico ponto de partida àquele feito anteriormente, adotando como desdobramento metodológico o ajustamento das categorias e dos seus descritores, de acordo com a frequência com que foram aparecendo nos documentos analisados. Como está demonstrado na Tabela 04, o resultado obtido foi significativamente diferente, o que permite e desafia o aprofundamento da análise. Esse território (o CES/RS), que analisa e define possibilidades para a organização dos serviços e para a implementação de práticas dos profissionais, utilizado para capturar idéias relativamente ao exercício da clínica, configura-se de forma marcadamente diferente do anterior, que opera uma das práticas que se desenvolvem no interior do sistema de saúde, quando se observa o perfil de conteúdos das idéias que circulam.

Tabela 04 – Comparativo da frequência com que assuntos especificados foram abordados nas Reuniões Plenárias do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS) no período de 1999 a 2001.

ASSUNTO ABORDADO	Nº Reuniões	%
Gestão do sistema de saúde	64	100,00
Financiamento do setor saúde	60	93,10
Mecanismos de regulação do acesso	40	62,07
Organização descentralizada	42	65,52
Estratégias de regionalização	44	68,97
Capacitação dos gestores	11	17,24
Responsabilidades das esferas de governo	46	72,41
Relações com outras instituições	42	65,52
Outras questões relativas à gestão	13	20,69
Atenção à saúde	64	100,00
Práticas dos trabalhadores nos serviços	51	79,31
Desempenho interprofissional	20	31,03
Racionalidades / práticas “alternativas”	13	20,69
Formulação de políticas específicas	51	79,31
Ações intersetoriais	44	68,97
Participação direta do usuário nas ações	24	37,93
Capacitação dos trabalhadores	26	41,38
Outras questões relativas à atenção	22	34,48
Controle Social	64	100,00
Conselho Estadual de Saúde (CES/RS)	62	96,55
Conselhos Municipais de Saúde do RS	42	65,52
Conselho Nacional de Saúde (CNS)	29	44,83
Instrumentos e fluxos previstos na legislação	29	44,83
Outras estratégias no SUS	44	68,97
Participação da população em outros setores	55	86,21
Disputas corporativas	11	17,24
Capacitação de Conselheiros de Saúde	40	62,07
Formação da opinião pública	40	62,07

FONTE: Atas do CES/RS; dados coletados e tratados pelo cartógrafo.

A análise dos dados da Tabela 04 mostra um equilíbrio entre as três categorias básicas de assuntos: em todas as reuniões plenárias do CES/RS foram abordados temas relativos à gestão do sistema de saúde, à atenção à saúde e ao controle social. Essa primeira constatação parece suscitar uma conclusão, ainda preliminar, de que para o CES/RS, abordar a saúde, particularmente a organização do sistema de saúde, implica em fazer circular *naturalmente* idéias e conhecimentos relativos às três grandes categorias de assuntos, que coincidem com as diretrizes estabelecidas pela Constituição brasileira para alicerçar o sistema de saúde. Ora, se essa primeira inferência for verdadeira, isto é, se o Conselho para a análise das ações cotidianas e proposição de projetos para a saúde – para abordar o cotidiano do sistema de saúde, portanto – tiver necessidade de fazer circular (ou mesmo deixar circular) tamanha gama de conteúdos, teremos, então, uma outra, e imensa, diferença de escala com os conteúdos e conhecimentos mobilizados, de forma prioritária, para tratar das questões relativas à prática dos médicos (para “produzir” saúde!) no território anterior.

Essa diferença, que coincide com alguns enunciados lá existentes sobre os *déficits* qualitativos nos conhecimentos que orientam as práticas médicas, parece envolver não somente uma dimensão prática, relativa às necessidades de compreensão dos conselheiros sobre a saúde. Conhecimentos e necessidades assistenciais específicos da área biomédica são freqüentemente abordados. Entretanto, o contexto em que essa abordagem é feita é que difere significativamente do território anterior.

Neste território, a assistência à saúde e a doença, não tiveram freqüência suficiente para justificar uma categoria específica. O seu aparecimento, como evento isolado, não teve relevância para tal. No Conselho de Saúde, as discussões sobre a doença, sempre que acontecem (e são freqüentes), aparecem referidas a uma pessoa adoentada e às condições que a cercam, às necessidades de assistência que essa condição (pessoa + evento do adoecimento) suscita, às características dos serviços e das tecnologias que deveria ter acesso, às dificuldades encontradas para fazê-lo, à qualidade do cuidado recebido, aos desdobramentos que esse segundo evento (atendimento recebido) gerou ou deveria ter gerado, às limitações que lhe produziu a doença etc.. Não há um discurso padrão e tampouco uma fala única, mas o que circula, o que se diz sobre esse evento e a atenção que lhe deve ser atribuída, associa um conjunto muito grande de variáveis (são muitas as saúdes das quais se fala no Conselho, como se verá).

Enfim, o adoecimento, para o Conselho de Saúde, é real e demanda assistência. Esse é um plano de afinidade parcial com os achados do território anterior. Mas essa não é uma condição isolada nas discussões que aconteceram no CES/RS; é uma característica que está associada (encarnada) a uma pessoa (inteira) e não reificada em algum órgão ou sistema. Ela produz conseqüências nas pessoas, que afetam e põem em risco um grupo social (familiar, comunitário etc.). Gera formatos específicos e próprios de necessidades de atenção à saúde. Ativa um direito de obter os cuidados necessários e precisa mobilizar uma capacidade também específica de acolhimento no serviço de saúde. Precisa gerar políticas públicas e sociais para prevenir a ocorrência de outras doenças similares ou, ao menos, minimizar o dano que esses eventos produzem nas pessoas e seus grupos familiares e sociais. O adoecimento está associado ao modo de vida das pessoas e das coletividades e dessa forma precisa ser abordado. Essas são as evidências suscitadas no Conselho quando se trata de pensar as “doenças”¹⁰².

Dessa perspectiva, a análise dos conteúdos apresentados na Tabela 04 (e o conhecimento produzido na sua sistematização) já permite antecipar uma abissal diferença de escala no cruzamento de questões levantadas pelo adoecimento, risco de morte, necessidade de cuidados e proteção, educação/formação nos dois territórios. Para o Conselho, diferentemente da Medicina, a condição do adoecimento desencadeia um enorme cruzamento de questões, entre os quais a sofisticação tecnológica (a “profundidade” do conhecimento biológico sobre a doença e seus desdobramentos em tecnologias para a assistência).

Entretanto, mesmo nesse aspecto (a sofisticação tecnológica e a configuração das práticas específicas que precisam ser desencadeadas), há uma diferença importante no que lhe é associado em cada

¹⁰² Para caracterizar a diferença entre as representações da doença entre os profissionais de saúde e na maior parte das falas no CES/RS, utilizei-me do recurso adotado por Ceccim (1998/1999) e, quando se tratar destas, farei uso da expressão “adoecimento”, mantendo a expressão “doença” para a representação dos médicos.

território, mas essa também é uma afirmação ainda preliminar, já que não decorre diretamente dos dados da Tabela, que estão sendo analisados nesse momento, mas da vivência do cartógrafo. Trata-se da necessidade de que as ações de saúde, inclusive aquelas com suporte em tecnologias sofisticadas, sejam disponibilizadas na medida das necessidades de cada usuário e que lhe assegurem autonomia e protagonismo.

Outro recorte possível, também quantitativo, que permite um novo plano de aproximação com o objetivo desta cartografia, é o agrupamento da frequência relativa dos descritores de cada uma das categorias. Os assuntos que compõem a categoria de gestão do sistema de saúde estiveram, no seu conjunto, presentes em média em 58,19% das reuniões, àqueles relativos à atenção à saúde em 49,15% e os relativos ao controle social, em 69,92%.

Os assuntos específicos relativos ao controle social aparecem com maior frequência relativa, comparativamente às demais categorias. Entre eles, o funcionamento do próprio CES/RS é encontrado em praticamente todas as reuniões. Há uma constante e intensa procura por formas de resolver questões relativas às suas competências; discute-se as regras que norteiam o funcionamento do Conselho e suas instâncias, se determinadas respostas e movimentos realizados estão de acordo com elas, se as próprias regras respondem adequadamente às funções atribuídas ao Conselho frente a situações e contextos específicos; avalia-se constantemente as ações realizadas; comemora-se conquistas e analisa-se profundamente questões que tiveram desdobramentos negativos do ponto de vista de conselheiros. O Conselho, suas realizações e seu funcionamento são objeto de reflexão constante, de intensa produção de conhecimento, de profunda avaliação. Esses conhecimentos produzidos, orientados pelos princípios e diretrizes do SUS¹⁰³, desdobram-se em novas tecnologias de funcionamento, no redesenho de estratégias para abordar problemas similares, em alterações no seu regimento interno, no planejamento de atividades extras para suprir lacunas deixadas por iniciativas que não supriram a expectativa que se tinha inicialmente. Os conhecimentos e as tecnologias desenvolvidos pelo CES/RS têm, para os seus conselheiros, um valor *pragmático* (orientação ética, saberes e aplicação prática associados), eles devem *funcionar*. Esse é o *sentido*¹⁰⁴ que orienta sua avaliação.

Também é esse o *plano* que orienta as análises que aparecem relativamente aos Conselhos Municipais de Saúde. Grande parte das vezes em que tratam desses conselhos, os conselheiros estaduais o fazem por decorrência de denúncias sobre o funcionamento e, principalmente, a sua composição. Existem muitas denúncias de atenuamento da participação da população nos Conselhos Municipais e a principal delas é relativa à nomeação, pelos governos municipais, de conselheiros que não foram indicados por entidades que, na avaliação dos conselheiros estaduais, representariam legitimamente o segmento de usuários do SUS. Essas são denúncias que mobilizam respostas rápidas no CES/RS: designam-se conselheiros para, em nome do CES/RS, procurar órgãos dos poderes legislativo e judiciário, para convocar audiências públicas nos municípios em que esses fatos ocorrem, convocam-se as autoridades e representantes das entidades desses municípios para discutir essas questões junto às instâncias do CES/RS e, quando essas providências não surtem efeitos,

¹⁰³ Na realidade, uma análise mais cuidadosa das discussões e dos movimentos do CES/RS mostra que a propulsão, o *combustível*, das avaliações mais *robustas*, dos movimentos mais intensos e dos conhecimentos mais densos não é *exatamente* o seu registro Constitucional. Não é somente pelo fato de constarem no texto legal que esses são os marcos orientadores dos movimentos do CES/RS. A referência à lei, na grande parte das vezes, é feita com um atributo agregado: o fato de ter sido firmada a partir da mobilização dos setores da sociedade civil que participaram do Movimento Sanitário brasileiro, do qual diversos membros do CES/RS estiveram envolvidos desde muito precocemente. Ou seja, é o fato de estarem registrados legalmente em resposta a uma conquista que dá legitimidade e permeabilidade a esses princípios e diretrizes e às suas atualizações e que mobiliza as produções e o trabalho do CES/RS. Tanto que ocorrem disputas para firmar entendimentos sobre seus desdobramentos pragmáticos, assim como se afirma a ilegitimidade de determinadas leis, demonstrando que o atributo da legalidade, isoladamente, não é suficiente para orientar os movimentos do Conselho. O aprofundamento dessa análise, entretanto, é compromisso futuro e não o objeto dessa cartografia.

¹⁰⁴ A utilização de outras expressões em lugar de "norte", para indicar direção, quando se trata de referir outro rumo que não aquele indicado pelo paradigma sociocultural da modernidade, tem origem nas *marcas* adquiridas no contato com as enfáticas afirmações da Profa. Dra. Cleoni Fernandes. Fazendo referência a Boaventura Santos, a Professora Cleoni refere-se a esses movimentos como *suleadores*, termo que absorvi, bem como seu sentido, na nossa convivência. A sua utilização, nesta cartografia, tem essa origem, bem como a sensação de insuficiência que o termo "norte" tem nesses contextos: *norte é a direção única que nos aponta o paradigma moderno, onde o sul é constituído como o lugar "de baixo" no mapa, impuro, do sub-desenvolvimento, da irracionalidade e do caos.*

ordena-se à SES/RS que suspenda os repasses de recursos financeiros¹⁰⁵. Afirma-se, no Conselho Estadual de Saúde, que os conselhos não são legítimos quando não estiverem compostos por representantes de entidades da sociedade civil comprometidas com os interesses dos usuários (o principal foco das denúncias é nesse segmento) ou dá mostras de ter um funcionamento conivente com os interesses dos demais segmentos, particularmente do governo municipal, em detrimento de interesses dos usuários. Sendo assim, perde a legitimidade para deliberar sobre os recursos públicos, principalmente aqueles repassados pela SES/RS (onde as deliberações do CES/RS têm impacto direto e imediato quando se trata de suspender a transferência).

Essas denúncias tornaram-se mais frequentes desde que foram implementados alguns projetos de transferência regular de recursos financeiros estaduais aos municípios, a partir de 1999, e, principalmente, desde que se estabeleceu uma atuação conjunta do controle social feito pelos Conselhos e Conferências de Saúde e o processo do Orçamento Participativo Estadual. Essa atuação conjunta, por meio de mecanismos criados para superar os conflitos registrados em experiências anteriores entre as competências das duas estratégias de controle social (Ferla & Martins Jr., 2001), consistiu em incorporar, como um dos critérios utilizados para o cálculo dos recursos estaduais repassados aos municípios, o grau de prioridade atribuído à saúde nas assembleias municipais e regionais do Orçamento Participativo. Também é exigida a participação dos representantes municipais e regionais desse processo nas reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde que discutem a destinação dos recursos repassados pela SES/RS e a respectiva prestação de contas. A garantia dessa participação dos representantes do Orçamento Participativo, proposta pelo Governo Estadual ao CES/RS e aprovada, além de impactos importantes na definição das prioridades da saúde e das demais áreas, teve um efeito significativo no funcionamento dos Conselhos de Saúde.

Analisar esses dois efeitos um pouco mais detidamente, com base em dados coletados nas Atas do CES/RS, em análises realizadas anteriormente (Ferla & Martins Jr., 2000; Ferla & Martins Jr., 2001; Ferla & Cols., 2001; Ferla e Cols., 2002a; Ferla & Cols., 2002d) e, principalmente, na síntese possível pela condição de participante do CES/RS e de atividades do processo do OP, traz informações relevantes sobre algumas concepções do controle social importantes para essa cartografia.

O primeiro desses efeitos, o fortalecimento do funcionamento dos Conselhos de Saúde, derivou do incremento da participação de entidades da sociedade civil. A maior abrangência da participação direta da população nas assembleias do OP, envolvida na discussão sobre as prioridades a serem definidas para o orçamento estadual, fez com que aumentasse o conhecimento sobre a organização e o funcionamento do sistema de saúde, as prerrogativas dos Conselhos de Saúde e o interesse em acompanhar as discussões específicas sobre o destino de recursos alocados para a saúde¹⁰⁶. Assim, algumas entidades que anteriormente indicavam representantes com o critério de alguma afinidade e/ou disponibilidade para participar das reuniões dos Conselhos de Saúde (nos municípios do estado há uma frequência média mensal de reuniões, segundo levantamentos realizados pelo próprio CES/RS) reviram suas indicações. Ao acompanharem as reuniões específicas dos conselhos para a discussão dos recursos financeiros alocados no OP com outros membros, tomando contato mais direto com a atuação dos seus representantes, tiveram ampliado o interesse em participar desse fórum, avaliaram que sua rep-

¹⁰⁵ De forma inovadora no país, a SES/RS instituiu, em 1999, repasses regulares de recursos financeiros estaduais, num projeto de cooperação técnica e financeira denominado *Municipalização Solidária da Saúde*. Para o recebimento dos recursos, que são calculados a partir de critérios técnicos horizontais válidos para todos os municípios, entre outros requisitos, é necessário que o Conselho Municipal de Saúde aprove a destinação dos recursos, para projetos considerados prioritários, e a prestação de contas da sua utilização. Sendo assim, insuficiências comprovadas no funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde permitiriam sua utilização exclusivamente a partir da análise e do interesse do governo municipal. Esse projeto recebeu prêmios por seu caráter inovador na gestão do SUS, vem sendo objeto de diversos estudos e é referido em diversas publicações (Ferla & Cols., 2002a), inclusive foi citado e destacado na 11ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 2001).

¹⁰⁶ As demais áreas do governo estadual, cujos conselhos não tem gravada em legislação federal a competência específica para deliberar sobre o destino dos recursos financeiros, como é o caso da saúde, discutem com seus conselhos um cardápio de projetos que serão apresentados nas assembleias do OP. Nessas assembleias, de acordo com o grau de prioridade estabelecido para cada área, são escolhidos projetos específicos. Diferentemente, na área da saúde o grau de prioridade aloca para o município e para a região um volume significativo de recursos, cujo destino será definido pelo respectivo Conselho de Saúde, em reunião convocada para tal e tendo os Conselheiros do OP como convidados. Competências legais dos Conselhos de Saúde, indicadores de saúde e a política de saúde definida pela legislação são assuntos abordados nas Assembleias do Orçamento Participativo e nos documentos produzidos e que circulam entre seus participantes. Criou-se, dessa forma, um novo modo de discutir o sistema de saúde com a sociedade.

representação não estava adequada e/ou optaram por priorizar essa participação a outras atividades, tendo em vista terem percebido a possibilidade de desdobramentos nessa participação, como incrementos concretos no sistema de saúde do seu município e/ou região. Essas avaliações são possíveis de capturar nas reuniões do CES/RS, principalmente, no registro das falas dos Conselheiros Regionais de Saúde, mas também no relato de representantes de diversas entidades por decorrência de atividades profissionais desenvolvidas pelo cartógrafo.

O segundo efeito identificado na aproximação dos processos de controle social na saúde com o OP foi uma mudança qualitativa nos projetos desenvolvidos, não somente na área específica da saúde, mas também em outras áreas com interfaces. Essa mudança, que é identificada nas avaliações feitas no CES/RS sobre o funcionamento dos conselhos, também tem reflexos nas demais categorias em que foram agrupados os temas na Tabela 04: uma parte das questões agrupadas no item “reações com outras instituições”, na categoria de “gestão do sistema de saúde”, e no item “ações intersetoriais”, na categoria “atenção à saúde”, têm origem ou interface com as propostas discutidas no OP. Além disso, e essa é uma constatação feita na participação direta em atividades do Orçamento Participativo, onde pude perceber a construção de explicações que envolviam diversos setores (saúde, educação, saneamento, meio ambiente e agricultura, principalmente) para explicar determinados problemas percebidos e para organizar a defesa de projetos¹⁰⁷.

Além desses assuntos que já foram listados (CES/RS, Conselhos Municipais de Saúde e interface com o Orçamento Participativo), outros assuntos têm frequência expressiva na categoria de Controle Social, conforme a distribuição feita na Tabela 04.

Também se fala sobre a importância da participação direta da população em outros setores das políticas públicas, para além do Orçamento Participativo. Têm mais frequência, nesse tipo de discussão, a participação em outros conselhos instituídos principalmente em áreas responsáveis pela implementação de políticas sociais (assistência social e educação), mas também em outras áreas com interface na saúde (meio ambiente e saneamento). A participação do CES/RS, suas demandas e pontos prioritários para discussão no Fórum de Conselhos Estaduais, criado como estratégia de integração entre essas instâncias, também é muito frequente quando se fala sobre controle social na área da saúde. Além dessas discussões, a criação de conselhos gestores em serviços de saúde (como estratégia de controle social no SUS), as diversas Conferências Estaduais de Saúde e as atividades de capacitação de conselheiros de saúde realizadas durante o período, também têm frequência expressiva, conforme se pode verificar na Tabela 04. Outros assuntos tiveram menor prevalência, como o Conselho Nacional de Saúde, instrumentos e fluxos para o exercício do controle social e algumas disputas corporativas seja entre categorias profissionais, seja entre profissionais e serviços, também foram identificadas no CES/RS, com o objetivo de buscar legitimidade a uma das partes envolvidas.

Para o que interessa registrar nessa cartografia, diz-se no CES/RS, sobre o controle social, que a população deve fiscalizar e deliberar sobre o sistema de saúde, sobre os projetos e sobre as práticas que são desenvolvidas no seu interior. Não somente na área da saúde. Afirma-se enfaticamente que, além de direito definido na legislação, a participação é uma possibilidade de interferir no formato das ações disponibilizadas à população. O conhecimento que tradicionalmente subsidia essas ações e a lógica como elas são propostas normalmente não é reconhecido como suficiente para garantir-lhes a qualidade necessária. Diz-se no CES/RS que é preciso que haja a participação da população nessas definições e que isso se faça com a interferência dos saberes e das habilidades que são próprias de cada um, particularmente quando se trata de justificar a importância da participação dos representantes dos usuários desses serviços. Também é preciso informar a população sobre seus direitos, já registrados legalmente, na área da saúde. Espera-se esse comportamento dos gestores do sistema e dos gerentes de serviços, mas principalmente dos profissionais que realizam o atendimento dos usuários.

¹⁰⁷ Outra fonte de dados que auxilia a afirmar com mais ênfase o incremento do caráter intersetorial de diversos projetos, derivado da aproximação das estratégias de controle social, decorre das atividades profissionais que desempenho atualmente. No âmbito da SES/RS, a análise das prioridades estabelecidas pelo Orçamento Participativo é feita na Assessoria Técnica e de Planejamento, setor que coordena desde 1999. Embora somente seja necessária a votação do grau de prioridade para a saúde no processo de definições do orçamento, os documentos que apresentam as prioridades de cada município e região têm espaços para informações complementares, que frequentemente chegam à SES/RS preenchidos. Nessas informações adicionais, pode-se observar, muito comumente, construções explicativas para justificar a prioridade estabelecida, que relacionam problemas específicos de saúde e, algumas vezes, indicadores de saúde, com outros elementos que descrevem a qualidade de vida, bem como que indicam ações conjuntas entre as áreas.

Mas é preciso aprender a participar, já que as práticas e os conhecimentos, na atenção à saúde e na organização do sistema tendem a impedir que a participação se efetive ou tentam cooptá-la. Um estudo mais detalhado desse discurso, para a análise do funcionamento do controle social, identificaria, sem dúvida, rituais de poder e formas de dominação, ruídos e disputas entre os diferentes representantes. Não somente no que se refere ao que se diz e se faz acerca do controle social, também em outros aspectos das discussões que acontecem no âmbito do Conselho. Mas este não é o objetivo desta cartografia. E ruídos no funcionamento não comprometem sua capacidade de alocar idéias que tenham potência para reconfigurar a clínica e tampouco para ter legitimidade reconhecida em qualquer outro aspecto, já que apenas indica um funcionamento autêntico e uma análise que transcenda ao superficial. Processos sociais múltiplos ocorrem no seu interior, contraditórios, polêmicos, estratégicos, mas densos de potência para renovar as práticas sociais e os conceitos que permeiam as políticas públicas. E é essa densidade inovadora que é preciso conseguir captar. Sem deslizar pela armadilha ilustrada que atribui irracionalidade ao que não pode ser compreendido com os parâmetros que se utiliza. Em relação às formas de participação da população, a crise de interpretação é dos cientistas sociais, diz-nos Victor Valla (1998) e, com muita densidade, Martins (1998).

As discussões sobre o controle social, quando se trata do funcionamento do sistema de saúde, normalmente estão referidas à direção do SUS, ou seja, à gestão do sistema de saúde. Nessa categoria de assuntos, o financiamento das ações e serviços de saúde é o mais freqüente. Sobre o financiamento, os temas mais freqüentes são relativas à destinação, ao uso e à prestação de contas dos recursos do orçamento estadual alocados na SES/RS. Esse tema já é abordado enfaticamente na primeira Ata analisada, onde a nova gestão da SES/RS assume o compromisso de submeter à deliberação do Conselho todos os aspectos da organização e do funcionamento da Secretaria e do SUS no Rio Grande do Sul e se intensifica por ocasião das diversas reuniões onde projetos estruturantes são analisados, discutidos ou avaliados pelo Conselho.

Esse aspecto também é intenso nos momentos em que se discute o volume de recursos aplicados na saúde pela União, pelo Estado e pelos Municípios e a necessidade de que sejam cumpridos os dispositivos da legislação que definem proporções mínimas de recursos financeiros para a área da saúde¹⁰⁸. Sobre o financiamento à saúde, diz-se no Conselho Estadual de Saúde que há déficit de recursos, que há necessidade de um acompanhamento efetivo na sua aplicação. Para tanto, há que se descentralizar o sistema e aos serviços e que se criar mecanismos que garantam o acesso facilitado em todas as regiões do Estado. Integralidade com equidade na atenção é um direito universal, que precisa ser constituído no sistema estadual de saúde. Também é preciso capacitar os gestores de saúde para o exercício dessa atividade no SUS.

Nesse aspecto, aparecem questões relativas à formação dos trabalhadores em saúde. Diz-se que há *déficits* de conhecimento, além de grandes variações no compromisso político com o SUS entre os gestores, que normalmente são trabalhadores de saúde. A formação técnica e graduada em saúde não é capaz de transmitir conhecimentos efetivos do SUS aos seus estudantes, constatam os conselheiros.

Sobre a atenção à saúde, além dos temas já abordados, discute-se a formulação de políticas específicas, a participação da população na execução de determinadas ações, os programas federais e o desempenho dos serviços e dos trabalhadores. Embora inevitável a associação entre as três categorias, característica própria dessa fonte de dados da pesquisa, temas relativos à atenção estarão presentes com mais intensidade nos recortes que se fez para aprofundar a análise proposta nesta tese.

Serão feitos dois recortes para o aprofundamento dessa análise: o primeiro deles relativo às práticas dos profissionais e a organização dos serviços e o segundo relativo à saúde, ao adoecimento e aos modos de vida dos usuários dos serviços de saúde.

¹⁰⁸ No Estado do Rio Grande do Sul, uma Emenda à Constituição Estadual (Emenda Constitucional nº 25, de 08 de junho de 1999) estabelece que deverá ser utilizado na SES/RS o percentual mínimo de 10% das Receitas Tributárias Líquidas. No âmbito federal, apesar de um Projeto de Emenda Constitucional estabelecendo limites mínimos de valores para a saúde nas três esferas de governo ter iniciado seu trâmite pelo Congresso Nacional no ano de 1993, foi somente no ano de 2000, por meio da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, que esse fato ocorreu. Essa Emenda Constitucional estabeleceu patamares diferenciados de compromisso de receitas para a União, os Estados e os Municípios. O acompanhamento do cumprimento dos percentuais estabelecidos constitucionalmente no Estado e nos Municípios mobilizou e mobiliza o CES/RS, bem como motivou intensa participação deste nos eventos nacionais que pressionaram o Congresso e o Governo Federal à aprovação e promulgação daquela Emenda Constitucional.

2. OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS A PARTIR DO OLHAR DO CONSELHO

Três questões suscitadas no território da medicina, relativas à atuação do médico, serão objeto de busca de elementos para sua caracterização no território do controle social: o excesso de profissionais formados, sua inserção no sistema público de saúde e a formação acadêmica; a especialização, a fragmentação em especialidades e o atendimento de generalista; e as racionalidades médicas na configuração das práticas oferecidas à população. Uma característica comum em relação aos elementos encontrados nesse território, inclusive aqueles relativos aos aspectos que serão apresentados neste item, diz respeito a um plano de complexidade nas formulações, traduzido pela existência de múltiplos olhares sobre as questões formuladas, que é diferente dos achados do território anterior: não há apenas o ponto de vista médico, com um conjunto mais ou menos homogêneo de idéias centrais e algumas idéias periféricas. No Território do Conselho – bem como no cotidiano do sistema e dos serviços de saúde – há um grande intervalo de idéias que circulam, de tal forma que muitas vezes é difícil identificar um grupo central de idéias. Esse não é o caso, certamente, do momento do atendimento, onde há um único e claro protagonismo, conforme se diz desse momento nos discursos dos próprios conselheiros. Mas não é o território do atendimento que se estará explorando nesta etapa da cartografia. É, justamente, o território que potencializa e que faz ecoar uma ampla gama de idéias.

Há também outra diferença, que já foi apresentada. Neste território, o “suporte” principal das idéias capturadas apresenta uma limitação importante: Atas das Reuniões Plenárias são a sistematização dos discursos dos conselheiros. Daí que as citações literais terão menor frequência. Elas serão apresentadas como idéias no seu formato mais geral. Por outro lado, a condição de observador-participante do cartógrafo, neste território, permite buscar nesses registros interfaces com outras fontes de informação e, mesmo, com questões que foram sendo construídas na própria dinâmica do SES/RS e que não estão registradas naquelas fontes. Além disso, utilizo-me do recurso de uma cartógrafa-auxiliar, que permitirá associar aos achados do cartógrafo, um olhar transversal sobre um conjunto de temas que fogem ao domínio deste, mesmo relativos ao contexto da saúde.

Diferentemente do diagnóstico feito no território anterior, que apontou o excesso de profissionais médicos como um grande problema, responsável por uma certa desordem na oferta de ações de saúde em algumas regiões do país¹⁰⁹, inclusive o Estado do Rio Grande do Sul, o que se diz no CES/RS é que há enormes dificuldades de acesso, principalmente em algumas áreas de atendimento. Quando se fala em demanda de atendimento e em carência de oferta é incomum que seja identificado um núcleo ou campo de conhecimentos, referidos à medicina ou a outra profissão específica. Mas, quando isso ocorre, a referência mais comum é relativa às especialidades da medicina.

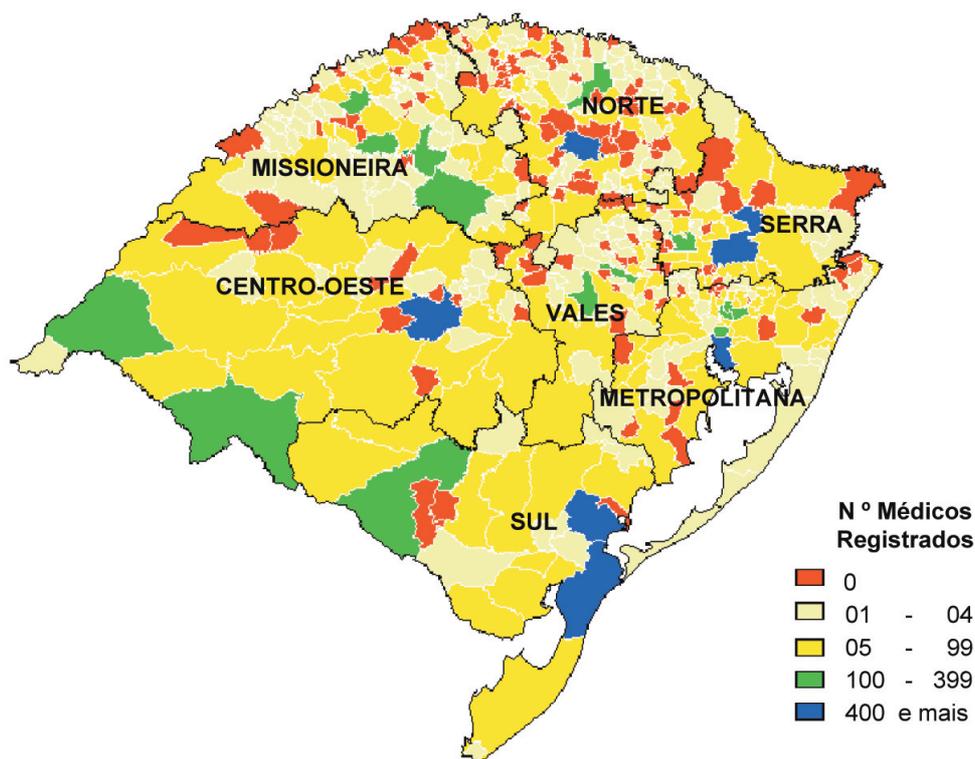
Ainda assim, os núcleos de conhecimento estão referidos a áreas de atendimento: há déficits de anestesistas em contextos em que há dificuldade de acesso a cirurgias (essa é também a principal especialidade referida nas denúncias de cobranças irregulares feitas por médicos), fala-se na necessidade de trauma-

¹⁰⁹ Evidentemente não seria razoável buscar neste território o componente corporativo de preservação de campo de atuação, que também compunha esse argumento no Território da Medicina. Trata-se aqui de buscar elementos para indicar se o problema tal qual foi anunciado na sua configuração mais geral, como excesso de profissionais formados gerando desordem na oferta de ações de saúde, é compartilhado ou não no Território do Conselho e o que se diz sobre o tema da disponibilidade de médicos no mercado.

tologistas quando há dificuldades de acesso à assistência aos usuários vitimados por traumas, ou de oftalmologistas diante de problemas visuais, e assim por diante. É significativa a discussão feita em uma das reuniões em que se questionou as explicações oficiais de que havia concentração da oferta de determinadas ações em grandes centros para justificar a dificuldade de acesso regional [CES, 03/2001]. Nessa ocasião, a argumentação utilizada pelos conselheiros foi de que a explicação mostrava-se insuficiente, já que, mesmo o acesso nesses centros de referência, dependia, muitas vezes, de grandes períodos de espera e, em tantos outros, não era obtido¹⁰.

Antes de analisar mais detidamente esse aspecto a partir dos argumentos que circularam pelo CES/RS, procurou-se responder à questão da variação quantitativa e da distribuição dos profissionais de saúde no Estado, particularmente de médicos. Esse exercício buscou restringir o campo de explicações possíveis para esse problema identificado, já que a experiência prática dos conselheiros, principalmente dos conselheiros regionais de saúde, informou por reiteradas vezes da dificuldade em acessar determinados atendimentos, independente do local onde esse atendimento fosse buscado. O resultado desse exercício está representado na Figura 01.

Figura 01 – Distribuição de médicos em atividade por Município e Macrorregião de Saúde, segundo a origem do registro no Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (Cremers), junho, 2002.



Fonte: Dados adaptados de SES/RS - Assteplan (2002).

¹⁰ Há um certo padrão de argumentos nas diversas reuniões que tratam da organização regionalizada do sistema estadual de saúde, que é bastante freqüente como se viu na Tabela 04: diz-se que há dificuldades em acessar diversas modalidades de assistência e, em diversos momentos, essa modalidade é nominada pela consulta a um médico especialista. Sendo assim, um diagnóstico de excesso de profissionais não tem trânsito já que, na prática, o que há é um *déficit* de oferta de serviços médicos. Portanto, dizem os conselheiros quando o argumento tenta circular, se há excesso de médicos, há carências no SUS para absorvê-los.

Como se pode observar, há uma distribuição numérica bastante heterogênea. Embora dados numéricos brutos não sejam suficientes, já que a ponderação por população dá informações mais sólidas para analisar o acesso ao profissional, esse plano de análise também fornece explicações para o que dizem os conselheiros de saúde. As informações do mapa, bem como da base de dados que lhe deu origem, mostram uma grande concentração de médicos nos municípios em que há escolas médicas. Os seis municípios com maior número de médicos (em ordem crescente de número absoluto: Rio Grande, Passo Fundo, Santa Maria, Caxias do Sul, Pelotas e Porto Alegre) são, justamente, aqueles em que se localizam as escolas de medicina¹¹¹. O Município de Canoas, onde se localiza a mais nova escola de medicina do Estado, cuja primeira turma de alunos formou-se no final de 2001, encontra-se em 9º lugar em termos de quantidade de médicos registrados no Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul.

Os dados apresentados demonstram que se mantém no Estado a tendência verificada nacionalmente de que os profissionais tendem a fixar-se nos municípios onde obtêm sua titulação (Machado 1997). Além do acesso à Residência Médica, somente a expectativa de uma atuação em áreas muito especializadas (que estão associadas a uma melhor remuneração) justifica essa permanência dos médicos nos municípios onde foram formados, já que a oferta de postos de trabalho é maior nos demais, enquanto nesses há saturação de médicos.

Esse comportamento, identificado em todo o país, demonstra um desconhecimento das condições do mercado de trabalho ou, ao que indicam os estudos que caracterizam a expectativa de autonomia (técnica, científica e operacional) como uma característica constitutiva da medicina (Schraiber, 1993; Machado, 1997). O mercado de trabalho não autônomo, qualquer que seja, passa a ser um problema a ser evitado, independente das possibilidades concretas para o exercício profissional. É a expectativa do trabalho liberal que parece mobilizar a permanência dos médicos nas grandes cidades, mais do que a evidência de suas possibilidades concretas¹¹².

Outras informações relevantes podem ser obtidas pela análise dos dados representados na Figura 01. Em 156 municípios gaúchos (31,39% do total dos municípios do Estado) não há médicos registrados; em 64 deles (12,88%) há apenas um médico registrado; em 60 (12,07%) há apenas dois médicos registrados; em 37 deles (7,44%) há apenas 3 médicos registrados; e em 22 municípios (4,43%) há quatro médicos registrados.

Ou seja, é possível afirmar que em 339 municípios gaúchos (68,21% do total), temos registrado menos de quatro médicos. Embora não se possa analisar os dados da distribuição de médicos por especialidade¹¹³, o que certamente agudizaria a conclusão que se pode obter da análise dos dados apresentados acima, é possível afirmar que na maior parte dos municípios gaúchos, onde existe uma das maiores concentrações de médicos do país, não teremos registrado sequer os profissionais de medicina das quatro “especialidades-raízes” (Campos, 1999). Como se pode constatar pela distribuição espacial apresentada na Figura 01, essa

¹¹¹ Dados relativos ao número de médicos formados no Rio Grande do Sul no período de 1997 a 2000 mostram que o Município de Porto Alegre (3 escolas médicas) teve o maior número (298 médicos/ano), seguido por Pelotas (02 escolas e 174 médicos/ano), Santa Maria (01 escola, 105 médicos/ano), Rio Grande (01 escola, 62 médicos/ano), Passo Fundo (01 escola, 51 médicos/ano) e Caxias do Sul (01 escola, 50 médicos/ano). Em média, nesses quatro anos, foram formados pelas escolas gaúchas de medicina 740 novos médicos ao ano (Abem, 2001).

¹¹² Na pesquisa sobre o perfil dos médicos no Brasil (Machado, 1997), foram identificadas características que demonstram que essa concentração nos grandes centros (65,9% dos médicos atuam nas Capitais) não fortalece, na prática, os ideais do exercício liberal da profissão, já que a renda média mensal dos médicos dos grandes centros é 37,58% menor do que daqueles que atuam no interior, a possibilidade de atuar em consultório próprio é 14% menor (a quase totalidade dos consultórios é mantida também com convênios) e é maior o percentual de situações em que um dos vínculos dos profissionais que atuam nas Capitais seja diretamente os serviços públicos (no Rio Grande do Sul a pesquisa identificou que 55,4% dos médicos têm três ou mais vínculos de trabalho, sendo que para 69,7% dos profissionais, um desses vínculos é o serviço público). Duas informações adicionais, não diretamente relacionadas à concentração dos médicos nas Capitais podem auxiliar na explicação de sua relação com os mercados de trabalho: 42% dos médicos que participaram da pesquisa, realizada em 1995, manifestaram uma expectativa pessimista para o futuro e afirmaram ter, como remuneração, aproximadamente 1/3 do valor desejado.

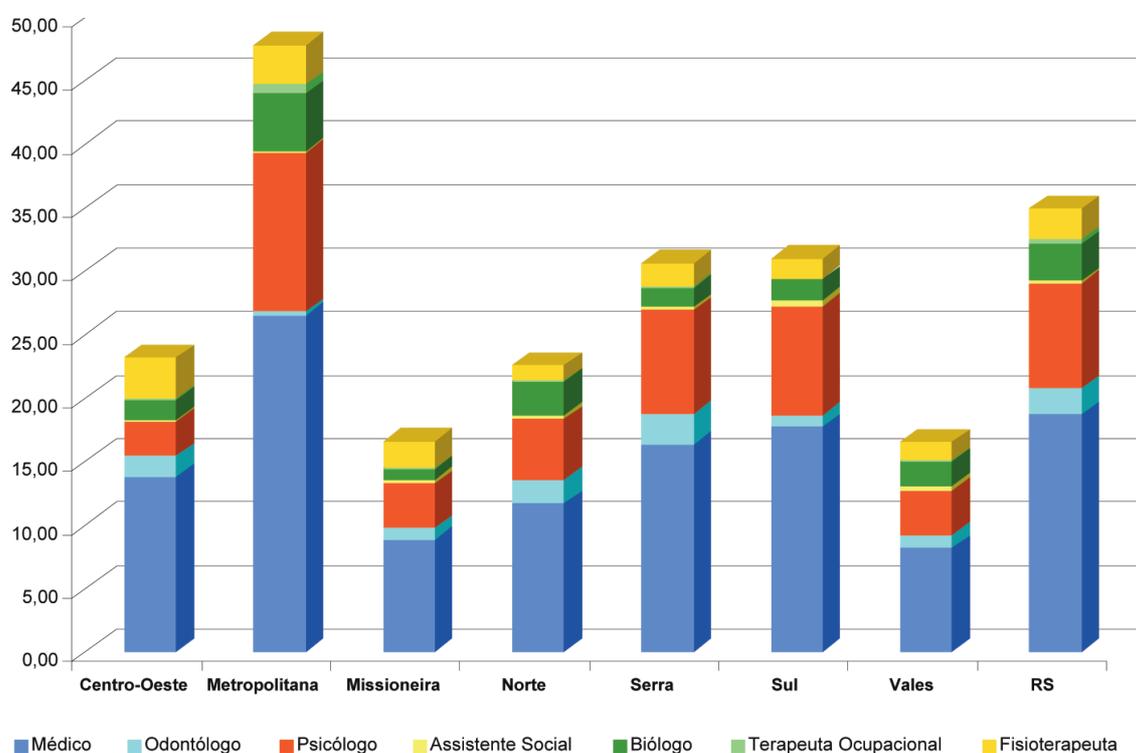
¹¹³ As informações obtidas junto ao Cremers não permitiram a adequada distribuição por município dos profissionais segundo o seu registro de especialidade, principalmente pelo fato de que esses registros, que são cumulativos com a base de dados do registro geral de profissionais, podem ser múltiplos para um mesmo profissional, formam, portanto, apenas uma adequada base de dados estadual.

realidade é mais severa na “metade norte” do Estado, embora na “metade sul” tenhamos outro problema, a dispersão populacional, derivada das grandes superfícies territoriais dos municípios, o que também dificulta o acesso aos cuidados médicos.

Os dados apresentados na Figura 01 não traduzem a inexistência de atendimento médico em municípios. Eles apenas informam a inexistência de médicos com registro em cada um deles, o que normalmente significa que a principal atividade do profissional está localizada em outro município. Mas os dados têm capacidade de informar sobre uma maior dificuldade que esses municípios têm para garantir a oferta continuada de ações e serviços de saúde. A pesquisa que procurou identificar o perfil dos médicos no Brasil (Machado, 1997), realizada em 1995, mostrou que na Região Sul, 23,8% dos médicos desempenham suas atividades em mais de um município. Os dados nacionais agrupados mostram, em relação a essa variável, que é mais comum com os médicos que atuam no interior (32,3%) do que aqueles que atuam nas Capitais (23,0%). Ou seja, é bem comum o deslocamento dos médicos para atuação profissional em mais de um município.

Ao contrário do que se argumentava naquela pesquisa para a concentração de profissionais (a concentração de serviços de saúde nas Capitais) a distribuição dos médicos gaúchos não guarda uma relação direta com indicadores de capacidade instalada. Somente para analisar um dos indicadores, a distribuição de leitos hospitalares, temos que as maiores concentrações de leitos por mil habitantes estão nas Macrorregiões de Saúde Norte (3,33 leitos), Sul (3,08 leitos) e Missioneira (3,02 leitos) e as menores distribuições nas Macrorregiões Cento-Oeste (1,95 leitos), Serra (2,08 leitos) e Metropolitana (2,22 leitos), sendo que a Macrorregião dos Vales (2,57 leitos) é a que mais se aproxima da média estadual, que é de 2,48 leitos por mil habitantes (Ferla & Cols., 2001; Ferla & Cols., 2002c).

Gráfico 01 – Distribuição de profissionais de saúde por dez mil habitantes, de acordo com dados de registro por Município, segundo as Macrorregiões de Saúde do Rio Grande do Sul, junho, 2002.



Fonte: Dados obtidos junto ao Cremers, CRO/RS, CRP7, CRSS/RS, CRBio3, Crefito 5 e tratados pela Assteplan/SES/RS (2002). Os demais Conselhos Profissionais não enviaram dados ou enviaram com base estadual.

Como se vê no Gráfico 01, a distribuição de leitos hospitalares descrita anteriormente tem menor poder explicativo do que a existência de escolas médicas para a concentração de médicos. Entretanto, quando se analisa as taxas de ocupação desses leitos, com internações pagas com recursos do SUS, há uma relação mais fortemente constituída: tomando-se os dados publicados (Ferla & Cols., 2002c), constata-se que as Macrorregiões com maiores taxas de ocupação de leitos hospitalares são Metropolitana, Sul e Serra e aquelas com menores taxas de ocupação são Vales e Missioneira. Para as demais Macrorregiões, outras variáveis têm maior associação com as taxas de ocupação de leitos: o grande volume de leitos da Macrorregião Norte e o pequeno volume de leitos da Macrorregião Centro-Oeste.

Quando se analisam os dados de outras categorias profissionais, conforme está apresentado no Gráfico 01, percebe-se que a distribuição das demais profissões também é bastante heterogênea entre as Macrorregiões de Saúde do Estado, o que contribui com a avaliação que se faz no CES/RS da dificuldade em acessar atendimentos de saúde em áreas mais gerais.

Embora tradicionalmente os profissionais de enfermagem, nutrição e farmácia componham um subconjunto numeroso de trabalhadores de saúde e importantes para a composição de equipes de saúde nos serviços, principalmente em algumas regiões do Estado, não foi possível obter dados com o formato adequado (base municipal) ou mesmo não se obteve resposta dos seus respectivos Conselhos Profissionais à demanda por dados para essa análise. Esse fato não compromete a informação que se buscava no comparativo, da associação da distribuição de médicos com outras profissões, já que na maior parte das vezes que se discute no CES/RS a questão específica da disponibilidade de trabalhadores em saúde, essa discussão não fica restrita aos médicos. Os dados das demais profissões também demonstram uma distribuição heterogênea de profissionais pelo Estado, com concentração maior nos municípios (e macrorregiões) em que são formados.

Esses dados mostram que o diagnóstico do *déficit* de profissionais de saúde para os atendimentos que são demandados pelos usuários é verdadeiro, quando o parâmetro que se usa para sua avaliação é o da equidade e o da facilidade do acesso. Há regiões em que, conforme demonstrado, existe mais dificuldade de acessar as ações de saúde. Essa talvez seja uma explicação para o fato do argumento utilizado pelas entidades médicas, de que haveria um excesso de vagas e de escolas de formação de profissionais da área, não ter trânsito pelo CES/RS. Ele não foi encontrado com trânsito fortalecido em nenhuma das discussões analisadas.

Ao contrário, nas discussões que se fez sobre composição mínima de equipes de saúde, argumenta-se que não há profissionais em número suficiente e que é difícil a fixação de alguns profissionais, principalmente em pequenos municípios, pela facilidade com que médicos, enfermeiros e farmacêuticos são absorvidos em outras localidades que ofereçam melhores salários [CES, 13/05/1999; 22/07/1999]. Especificamente em relação aos profissionais farmacêuticos, discutiu-se a insuficiência numérica destes para as ações previstas na área de vigilância sanitária de medicamentos e também para a produção de medicamentos em farmácias de manipulação.

Essa discussão despertou particular interesse já que um conjunto de pequenas indústrias municipais de medicamentos, classificadas como “farmácias de manipulação” para burlar a legislação sanitária relativa à produção em escala de medicamentos, foi financiado com recursos do Governo do Estado até o ano de 1998. Em 1999, ante a denúncias da desobediência à legislação sanitária, particularmente no aspecto relativo à preparação de medicamentos sem profissionais habilitados, a SES/RS desencadeou um processo de investigação sobre a qualidade dos medicamentos [CES, 15/04/1999]. Dados dessa inspeção demonstraram grandes variações na qualidade dos medicamentos produzidos nessas indústrias e os municípios foram notificados pela SES/RS a realizar adequações sob pena de interdição sanitária, após a discussão no CES/RS [02/09/1999].

Algum tempo depois, ao relatar sua participação em atividades pelo interior do Estado em representação do Conselho, um dos membros da sua Mesa Diretora inspecionou as chamadas “farmácias de manipulação” e, diante de visíveis dificuldades de funcionamento que indicavam deficiências na qualidade dos medicamentos, cobrou ações mais rápidas da SES/RS e do representante do Ministério Público que regularmente acompanha as atividades do Conselho [CES, 14/10/99]. Diversos municípios optaram pelo fechamento dessas indústrias e pela substituição das formas de fornecimento de medicamentos à população, com maior garantia de qualidade.

Nos anos de 2000 e 2001 diversos Conselhos Regionais envolveram-se diretamente com as discussões decorrentes do fechamento dessas farmácias e de ações judiciais para sua reabertura, já que a sua

quase totalidade não viabilizou as adequações que poderiam assegurar medicamentos de qualidade para os usuários do SUS. São sugestivas as discussões realizadas em uma reunião onde um conselheiro apresenta-se fortemente contrariado por ter acessado um documento que embasou um dos recursos judiciais, argumentando que a preocupação da SES/RS deveria ser secundária, já que os medicamentos destinavam-se à população carente [CES, 07/12/2000].

Outro exemplo, pinçado dentre aqueles que podem indicar um perfil mais heterogêneo na defesa de incorporação de diferentes núcleos de conhecimento na área da saúde (não somente no campo específico da medicina) foram as discussões para a incorporação de Nutricionistas e ampliação de suas prerrogativas no atendimento à saúde da população [CES, 22/07/1999; 30/09/1999; 11/01/2001] ou dos odontólogos [CES, 28/09/2001; 25/10/2001] ou mesmo da ampliação das chamadas “equipes mínimas” dos serviços de saúde, de acordo com o perfil de necessidade de cada município [CES, 09/11/2000]. A garantia de uma diversificação nas equipes de saúde foi retomada como tema de análise e debate no CES/RS sempre que houve discussão sobre repasse de recursos estaduais aos municípios (Municipalização Solidária da Saúde e Regionalização Solidária da Saúde) e aos hospitais (Saúde Solidária). A tônica que perpassa as discussões é que há um *déficit* de profissionais de saúde, inclusive médicos, nos diversos municípios e serviços de saúde, que precisa ser suprido, já que compromete o direito de acessar, de forma universal e equânime, a atenção integralizada a que os usuários têm direito.

Neste momento uma categoria de explicação parece justificar a diferença entre as avaliações que são feitas no território da medicina e no território do controle social sobre o sistema de saúde: o compromisso dos componentes que compõem cada um deles. Enquanto no território anterior um dos objetivos das instituições é a defesa dos interesses dos profissionais, entre os quais seguramente se destaca o salário (o “aviltamento” dos salários relativamente às responsabilidades foi um diagnóstico reiterado), no Território do Conselho o desafio é a constituição de um sistema de saúde que atenda os usuários de forma universal, equânime e integralizada. E desse ponto de vista, a defesa isolada por uma remuneração considerada suficiente pelo médico não é um argumento que obtenha trânsito. Ao contrário, freqüentes denúncias de cobranças irregulares e o registro da dificuldade de fixar os profissionais médicos por decorrência dos salários oferecidos constituíram resistências dos conselheiros a esses argumentos.

Mas o CES/RS não é refratário à discussão sobre o salário e as condições de trabalho na saúde. O argumento de um salário justo para os profissionais, bem como para os trabalhadores de forma geral, e a não precarização do trabalho produz alianças com os conselheiros, que apoiam os movimentos de paralisação de trabalhadores pelo não recebimento dos seus salários, demonstram preocupação com a iminência de isso vir a ocorrer e definem que o pagamento de salário dos trabalhadores deve ser o destino prioritário de recursos repassados pelo Governo do Estado aos hospitais filantrópicos, como pode ser verificado em diversas das Atas analisadas, particularmente quando se trata de avaliar o impacto que se quer produzir com a complementação dos valores disponibilizados pelo Governo Federal por meio dos recursos financeiros repassados pela SES/RS. Portanto, não há qualquer discordância relativa à necessidade de pagamento de salários justos e de forma regular aos trabalhadores de saúde. Há que se perceber tal preocupação gerando resultados concretos no sistema de saúde e essa não é propriamente a marca mais comum que os médicos produzem, segundo os registros no Conselho.

A análise do território anterior, que não encontra trânsito no CES/RS, é a fluidez do parâmetro utilizado: a “compatibilidade” com a responsabilidade dos médicos. Para os conselheiros, há uma responsabilidade grande no cuidado à saúde para a qual parece não haver tão grandes diferenças entre os profissionais, conforme pleiteiam as entidades médicas. As demais categorias profissionais, com maior freqüência nas atividades do CES/RS, não reivindicam um reconhecimento diferenciado para a remuneração dos seus representados e, como se viu na Tabela 03, a freqüência dos representantes dos médicos não é muito constante. Assim, relativamente a salários muito diferenciados para os médicos, o que se diz predominante no Conselho é que, em alguns casos, há excessos, devido a sua procura por mais de um serviço e, mesmo, por decorrência do seu descompromisso com o SUS. Esse achado pode decorrer, contudo, também da pequena freqüência da representação médica para fazer circular, de forma mais enfática, argumentos capazes de constituir trânsito para essa avaliação.

Nos documentos analisados e nas discussões que se participou, o excesso de profissionais médicos não foi um argumento que tivesse tido trânsito, ao contrário, argumenta-se que há *déficits* em muitas regiões, o que é confirmado pelos dados fornecidos pelo Conselho da corporação e apresentados na Figura 01 e no Gráfico 01. Entretanto, esses dados também mostram uma concentração muito grande desses profissionais em alguns municípios. Mas, mesmo assim, para algumas áreas de especialidade, há deficiência desses profissionais, dizem os conselheiros do CES/RS em inúmeras oportunidades.

De acordo com os dados da SES/RS (Ferla & Martins Jr, 2001; Assteplan/SES/RS, 2001), há outras explicações, para alguns casos de deficiências de atendimento, que não envolvem diretamente a disponibilidade de médicos: o volume de recursos disponíveis para pagamento de procedimentos de saúde destinado pelo Ministério da Saúde seria insuficiente para absorver toda a demanda expressa no Estado, algumas características da rede de serviços, do perfil populacional e as formas de adoecimento no Rio Grande do Sul tornam mais complexo e mais caro o atendimento à população¹¹⁴. Mas esse fato, para o CES/RS, não justifica a falta de atendimento ao usuário (se a atenção à saúde é um direito de cidadania, então ela precisa ser garantida: esse é um enunciado que perpassa as discussões no Conselho) e tampouco explica completamente a falta de serviços e profissionais em algumas áreas de especialidade médica. Fatos relatados ou ocorridos nas reuniões plenárias do CES/RS criam o subsídio para que se firme outra avaliação em relação à dificuldade de atendimento: há denúncias de que alguns profissionais e serviços que não estariam disponíveis para o atendimento de usuários do SUS, mediante cobrança irregular, passam a fazê-lo; representantes dos prestadores de serviços e das secretarias de saúde informam que não é possível contratar determinados profissionais por decorrência da remuneração que fixam.

Há um exemplo bastante freqüente dessa situação, que é referente aos médicos anestesistas. Embora também se verifique em alguns momentos relativamente a outras especialidades médicas, a indisponibilidade de anestesistas nos serviços vinculados ao SUS é um problema apontado nas diversas situações em que o CES/RS discutiu e/ou avaliou os resultados do Projeto de Apoio e Qualificação da Assistência Hospitalar aos Usuários do SUS (Saúde Solidária) e nas diversas discussões em que foram analisadas propostas e alterações nas resoluções relativas às cobranças irregulares de atendimentos aos usuários do SUS. Isso também se verificou nas situações em que foram relatadas e avaliadas as deliberações decorrentes das Conferências Regionais, Estadual e Nacional de Saúde ocorridas no período. Inclusive, na primeira Reunião Plenária cuja Ata foi analisada [CES, 21/01/1999], foi lida uma moção de repúdio dos conselheiros de saúde, aprovada em um Encontro Regional de Conselhos. A partir da implementação do projeto Saúde Solidária, alterou-se significativamente o perfil das denúncias, até então normalmente envolvendo profissionais e serviços. Ante à ameaça de suspensão dos repasses de recursos estaduais com a comprovação de denúncias de cobranças aos usuários do SUS, irregulares sob qualquer pretexto, os hospitais beneficiados com os recursos passaram a anunciar, rapidamente após a veiculação de denúncias, a criação de comissões sindicantes e o afastamento dos profissionais, quando confirmadas as cobranças. Ilustrativo dessa mudança é o fato relatado em uma das reuniões [CES, 06/12/2001], onde a representação dos hospitais filantrópicos registra a finalização de uma investigação interna e o processo de afastamento do profissional (obstetra) de um dos hospitais gaúchos, cujo procedimento irregular havia sido denunciado pela imprensa menos de duas semanas antes.

Esses fatos, associados à ausência freqüente e o silêncio regular dos representantes das entidades médicas nas atividades do CES/RS, além das demonstrações expressas, inclusive pelos meios de comuni-

¹¹⁴ A longevidade da população gaúcha, a maior prevalência de doenças crônico-degenerativas (que demandam um volume maior de atendimentos e de procedimentos, inclusive de forma continuada, bem como de procedimentos com maior sofisticação tecnológica e maior custo), a maior concentração de hospitais universitários, o atendimento referenciado de cidadãos de outros estados e países, a capacidade de diagnóstico de doenças (que gera um volume adicional de procedimentos, quando comparado com sistemas de saúde que não o fazem) e a disponibilidade diferenciada de serviços de saúde com maior sofisticação tecnológica (e maior custo), faz com que os recursos destinados ao custeio da assistência à saúde, que historicamente têm origem prioritária nas fontes federais, sejam insuficientes para suprir toda a demanda que se expressa, mesmo com a complementação com recursos financeiros estaduais e municipais (Ferla & Martins Jr., 2001). A União, além de arrecadar a maior parcela dos recursos de impostos, também arrecada a totalidade das contribuições, que compõem o Orçamento da Seguridade Social, que deveria financiar a maior parte da assistência à saúde (idem).

cação públicos, de uma atitude hostil das entidades médicas gaúchas¹¹⁵ ao SUS, contribuíram, certamente, para uma avaliação de que, *a priori*, essas entidades têm com o Sistema Único de Saúde, uma posição de choque de concepção.

Conclusão similar têm obtido estudos sistemáticos que identificam na medicina um ideal de exercício liberal e prática autônoma (Schraiber, 1993; Machado, 1997). Mas são os desdobramentos em relação às práticas médicas (e dos demais profissionais de saúde) diante do adoecimento, risco de morte e defesa da proteção à saúde e afirmação da saúde o que interessa identificar nessa cartografia. Um dos principais elementos de *déficit* identificado pelas entidades médicas para anunciar um risco de desordenamento na formação de profissionais dessa área é o aumento do número de escolas médicas e de vagas nas escolas já existentes.

Essa posição perde potência no CES/RS¹¹⁶ e perde, portanto, um espaço de parcerias importante para seu controle. Um bom argumento que poderia ser utilizado é a relação que se verificou entre concentração de médicos e utilização dos leitos hospitalares vinculados ao SUS, já que, para os conselheiros do CES/RS, é preciso fortalecer o processo de desospitalização da atenção à saúde. Entretanto, esse argumento certamente traria associado um questionamento acerca das práticas profissionais, risco que as entidades médicas parecem não estar dispostas a correr.

Entretanto, se não há a convicção de que o número de médicos é excessivo (até porque, como se viu, essa situação somente é verdadeira em situações bastante localizadas), a formação dos profissionais de saúde não é assunto que deixe de transitar pelo CES/RS. Diz-se no Conselho que é preciso avaliar o ensino oferecido aos profissionais de saúde e orientá-lo às necessidades do SUS e criar mecanismos de controle social sobre as instituições formadoras [CES, 20/07/2000]. Embora as instituições privadas sejam identificadas com uma responsabilidade maior na inadequação dos profissionais egressos, diz-se que é preciso produzir mudanças no ensino de todos os profissionais.

A participação de estudantes de medicina em reuniões plenárias do CES/RS é saudada pelos conselheiros, que registram a expectativa de que a “nova geração” de profissionais, que estão no processo de formação, tenha condições de produzir mudanças nas instituições a que estão vinculados [CES, 11/10/2001]. É importante registrar que também há indícios de ceticismo sobre a capacidade própria das instituições formadoras de profissionais de saúde em produzir as mudanças necessárias às adequações demandadas pelo sistema que absorverá a maior parte deles. Mas esse descrédito não impede que sejam discutidos projetos de parceria da SES/RS com os órgãos de formação de trabalhadores e profissionais em saúde. Essa, que também é uma sugestão identificada no Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 2001), parece traduzir uma forte confiança de que a participação desses profissionais no SUS possa, de alguma forma, *contaminá-los* com outra lógica para suas práticas. Das discussões sobre esses projetos emergem idéias bastante relevantes para essa cartografia.

Antes de relatá-las, é relevante registrar a reação do Plenário do CES/RS quando, em 1999, foi informado, pelo conselheiro representante das instituições formadoras de profissionais de saúde, do desen-

¹¹⁵ É representativo desse posicionamento das entidades médicas gaúchas o tensionamento produzido com o slogan “O SUS é legal”, apresentado pela SES/RS e incorporado ao SUS no Estado por decisão do CES/RS e da 3ª Conferência Estadual de Saúde. Diversos artigos publicados em jornais comerciais gaúchos e em veículos de comunicação próprios das entidades, bem como em entrevistas e eventos públicos de membros da direção dessas entidades, têm buscado a opinião pública com denúncias sistemáticas de que o sistema público de saúde, apesar da configuração determinada pela legislação, não responde às necessidades dos médicos e dos usuários. “O retrato de uma farsa”, essa é a manchete de capa da revista do Sindicato dos Médicos do Rio Grande do Sul do mês de junho de 2002 (Simers em Revista, ano 1, n° 8) para fazer referência à marca. Ilustrando a capa, a entidade optou por apresentar a imagem de um cadáver com uma etiqueta com esse slogan presa ao pé. A relação da medicina com a morte, como se viu, tende a mobilizar a população e não foi diferente com o CES/RS, aonde as publicações médicas vêm merecendo repúdio sistemático [CES, 13/05/1999; 08/07/1999; 22/07/1999; 05/07/2001].

¹¹⁶ Na verdade, esse atenuamento é apenas parcial. Há um certo desconforto com a proliferação de escolas privadas, vistas como empreendimentos voltados apenas ao lucro e às quais é atribuída uma formação menos qualificada dos profissionais. Ilustrativa dessa posição foi um depoimento na posse de um dos membros da Mesa Diretora do CES/RS que foi eleita em julho de 2002. Profissional de saúde, representante desse segmento, informou que sua formação, em uma universidade privada, com alto custo de mensalidades e baixa qualidade de ensino, não o preparou para atuar no SUS; sequer apresentou-lhe essa como possibilidade de exercício profissional. Recém formado, esse profissional teve como primeiro vínculo de trabalho uma entidade comunitária que participava do controle social no sistema de saúde. “Tive que aprender a clínica de novo; atender pessoas que vivem, sentem e lutam por uma vida melhor para todos e não *pacientes*; esse foi um ensinamento que a faculdade privada não me propiciou”, disse o representante (notas do cartógrafo).

volvimento de um conjunto de atividades de pós-graduação em gestão de sistemas de saúde, com a inclusão de temas relativos ao controle social [CES, 22/07/99]. Em meio aos registros de reconhecimento ao fato de que esse aspecto estivesse sendo considerado na formação dos profissionais da área, um dos conselheiros, representante do segmento dos usuários, lembra que o controle social representa uma diretriz constitucional, imprescindível, portanto, nos conteúdos oferecidos durante a formação. Sugere também a diversificação dos ambientes de aprendizagem: que os alunos sejam estimulados a participar das atividades de capacitação de conselheiros de saúde e agentes sociais, que não apenas fortalecem o exercício do controle social por esses atores, como também o exercício da cidadania. Essa sugestão, de contato íntimo com as estruturas e os fluxos do sistema de saúde, é reiterada nas discussões a esse respeito feitas no CES/RS. Para os conselheiros, os conhecimentos pragmáticos que circulam pelas atividades e pelos ambientes que não estão diretamente sob o domínio da medicina (da biomedicina) *fazem falta* aos profissionais de saúde.

Outro exemplo da convicção de que o contato direto dos profissionais com o sistema de saúde qualifica sua formação foi registrado quando os conselheiros discutiram os hospitais universitários. Essas discussões decorreram da decisão, tomada pela SES/RS no ano de 2000, de submeter aos CES/RS a proposta de critérios adicionais àqueles estipulados na legislação federal para a concessão do estímulo financeiro para os hospitais universitários e de ensino, que foi criado em 1994 pelo governo federal (Fator de Incentivo ao Ensino e à Pesquisa em Saúde – Fideps).

Como os recursos para esse incentivo são originários das fontes de recursos do SUS, mas até então definidos apenas pelos Ministérios da Saúde e Educação, e como os critérios estabelecidos na legislação federal não estavam sendo cumpridos, desde o ano de 1999 esses hospitais vinham sendo excluídos de repasses complementares de recursos estaduais à rede hospitalar gaúcha. Para o CES/RS, o fato de receberem recursos adicionais, colocava os hospitais universitários em situação de privilégio em relação aos demais. O “privilégio”, é importante que se perceba, não decorria do fato de receberem recursos adicionais, mas ao fato de não “adicionarem” ao SUS a contrapartida devida¹¹⁷.

Com a discussão do cumprimento dos critérios estabelecidos na legislação federal e a inclusão de novos critérios, a avaliação do desempenho desses hospitais foi requisitada para o âmbito do Conselho. Em três Reuniões Plenárias [CES, 13/04/2000; CES, 06/07/2000; CES, 06/07/2000], antecedidas por reuniões específicas da Mesa Diretora e de Comissões, os conselheiros estaduais avaliaram o instrumento formal proposto para a contratualização de metas com os hospitais universitários, indicaram representantes da Comissão de Fiscalização para acompanhar a equipe da SES/RS responsável pela avaliação das instituições, analisaram o relatório descritivo das inspeções realizadas e, ante a constatação de problemas em diversos deles, decidiram pela redução dos valores disponibilizados àqueles que não cumpriam questões consideradas básicas pelos conselheiros¹¹⁸.

¹¹⁷ A “Política Estadual de Apoio e Qualificação da Assistência Hospitalar aos Usuários do SUS” (Saúde Solidária) foi criada por meio do Decreto Estadual nº 39.681, de 24 de agosto de 1999, para “propiciar a recuperação financeira, atualização tecnológica, a formação da rede regional de referência e contra-referência e a reorganização da assistência hospitalar aos usuários do SUS” (Art. 1º) e é operacionalizada por meio de repasses de recursos estaduais aos hospitais que contratualizam metas de qualidade e perfil de atendimento, de acordo com critérios atualizados anualmente, com a aprovação do CES/RS. A Resolução CES/RS nº 10/99, de 19 de agosto de 1999, que aprovou esse projeto e os critérios para aquele ano, excluiu do rol de hospitais beneficiados aqueles que já recebiam recursos do FIDEPS. Nos anos de 2000 e 2001, projetos específicos para os hospitais de ensino foram implementados com recursos estaduais, mas com contratos específicos.

¹¹⁸ Na última das Reuniões Plenárias em que esse assunto foi ponto formal de pauta, estiveram presentes representantes dos hospitais cujos valores haviam sido reduzidos. Mesmo diante do ostensivo desconforto de um deles, que utilizou-se de diversos argumentos para diminuir a importância da decisão do colegiado e dos subsídios utilizados para isso, a decisão foi mantida. O representante argumentou que havia desconhecimento do Conselho das disposições da legislação federal, registrou que estaria recorrendo da decisão diretamente ao Ministério da Saúde (o que de fato foi feito) e registrou sua inconformidade diante do fato de que um conselheiro “não-médico” tivesse participado da fiscalização. A decisão do CES/RS, antecipando eventuais retrocessos do Ministério da Saúde, incluiu dois mecanismos de acompanhamento: incumbiu a SES/RS de apresentar regularmente aos conselheiros dados sobre recursos federais especificamente destinados aos hospitais universitários e de ensino e incumbiu suas Comissões de Fiscalização e de Saúde Mental do monitoramento regular dessas instituições de ensino. Para os conselheiros, problemas relativos ao funcionamento e à inadequação às diretrizes de atendimento traçados para o sistema de saúde são duplamente prejudiciais: indicam atendimento sem qualidade ao usuário e contribuem para a formação inadequada dos profissionais. Esses mecanismos, na realidade, apontaram para um novo plano de controle sobre esses hospitais, não relativo à percepção ou não do incentivo federal, mas à manutenção de seu funcionamento, já que a permanência das situações constatadas permitiria requerer seu fechamento [CES, 20/07/2000]. A vigilância do Conselho sobre esses hospitais foi mantida e esse assunto retomou como informe em diversas reuniões posteriores.

Há algumas idéias interessantes na composição dos critérios adotados pelo CES/RS para manifestar-se favoravelmente à percepção do incentivo pelos hospitais. A Resolução CES/RS nº 04, de 19 de maio de 2000, cujo texto foi aprovado na Plenária do dia 13 de abril, estabelece que os hospitais, para manter sua habilitação ao recebimento dos recursos do Fideps, devem adequar-se ao desenho da assistência e aos fluxos de controle estabelecidos regionalmente. Além disso, devem comprometer-se com a capacitação continuada dos trabalhadores do SUS, de acordo com necessidades e projetos estabelecidos regionalmente por meio dos Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva (Nuresc)¹¹⁹.

Em relação ao desenho das políticas de atenção propostas para a população gaúcha, há um recorte específico que responde ao trabalho desenvolvido por uma das Comissões mais atuantes, a Comissão de Saúde Mental. Diz a Resolução que, no caso dos hospitais psiquiátricos, para receber recursos do incentivo, esses devem adequar-se à configuração estabelecida na Lei Estadual nº 9.716, de 07 de agosto de 1992, que foi a primeira legislação estadual brasileira que incorporou os princípios do reordenamento da atenção às pessoas portadoras de transtornos mentais. Esse registro deveu-se, inclusive, às inúmeras denúncias relativas a um hospital psiquiátrico cujo funcionamento não estava adequado à legislação e que teve retirado completamente o incentivo.

Uma nova resolução (Resolução CES/RS nº 05, de 23 de agosto de 2000), firmada na Reunião Plenária de 20/07/2000, reiterou as diretrizes estabelecidas na resolução anterior, incorporou o resultado das primeiras análises realizadas nos respectivos hospitais e revisou os valores de algumas instituições, ante à comprovação dos necessários ajustes. Argumentou-se, por ocasião dessas discussões, que a falta de condições assistenciais dessas instituições e/ou seu funcionamento descolado do sistema de saúde não justificava subsídio deste para a formação dos profissionais, já que os mesmos tenderiam a absorver posturas contrárias ao bom funcionamento do sistema. As condições técnicas e políticas do processo de formação, para os conselheiros, mostraram-se fundamentais para a adequação dos novos profissionais.

Dizem os conselheiros que há um perfil de profissionais necessários ao SUS, que financia seu aprendizado prático, e para sua formação não basta o contato com a sofisticação tecnológica disponível nos hospitais de ensino. É preciso que seu funcionamento seja integrado e submetido às normas que configuram o sistema como um todo. Aqui há um foco na argumentação dos conselheiros que é bem expressivo: o contato com a tecnologia biomédica no interior do hospital não é suficiente para a formação do profissional que se quer.

É necessário que ele tenha contato direto com a realidade de cada local, com os serviços e com os aspectos socioculturais, bem como de que a formação seja acompanhada diretamente pelos Conselhos de Saúde: há que se criar condições para que os profissionais em formação absorvam precocemente os fluxos e os modos de funcionamento do SUS, mas é necessários que aprendam particularmente os conhecimentos que são próprios dos espaços do controle social. Há outras racionalidades (médicas, mas também sobre outros aspectos do andar a vida) que precisam ser incorporados já durante a formação e que interferem no perfil do profissional que será absorvido pelo sistema de saúde e que tem sua formação subsidiada com recursos do SUS. Especificamente sobre o financiamento complementar de atividades de ensino, os conselheiros afirmam que seria mais adequado que os recursos não fossem repassados aos hospitais, mas às instituições de ensino, para que pudessem produzir novos ambientes de contato com o sistema de saúde, para além do hospital. Alguns conselheiros, ao constatarem a concentração de recursos em alguns municípios e regiões, registram esse fato como um problema, que deve ter previstas ações pela SES/RS. Esses argumentos expressam forte vigência em projetos implementados posteriormente.

Há uma aproximação bem forte da diretriz de descentralização do sistema com a configuração dos conhecimentos necessários aos profissionais e das estratégias propostas ou demandadas pelo Conselho. Os profissionais devem ter a habilidade de reconfigurar conhecimentos e práticas no contato direto com a realidade local, enunciam os conselheiros, e essa é uma capacidade que precisa ser adquirida já no processo

¹¹⁹ Nuresc é a sigla que identifica a denominação criada pela Portaria SES/RS nº 39, de 01 de dezembro de 2000, para as estruturas específicas responsáveis, em cada uma das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde da SES/RS, pelo desenvolvimento científico e tecnológico em saúde coletiva, por meio da articulação entre os órgãos formadores, o sistema regional de saúde e as organizações do movimento social. Essas estruturas são ligadas, do ponto de vista do gerenciamento pedagógico, à Escola de Saúde Pública – ESP/RS (Ceccim & Armani, 2001).

de formação. Tal padrão de idéias é similar àquele que já foi parcialmente identificado no Território da Medicina, embora com um caráter bastante periférico. Não é o caso da argumentação feita no CES/RS, onde as resoluções que configuram as proposições sobre esse tema foram aprovadas com a quase unanimidade dos conselheiros favoráveis.

Mas, diferente da configuração dada a essa expectativa de protagonismo no Território da Medicina, no Território do Conselho não é o contato com a doença (nem mesmo “à beira do leito”) que dá o suporte necessário à formação. Os profissionais precisam ter contato com o sistema de saúde (com serviços de assistência, mas também com as demais ações de atenção, com as estruturas e fluxos da gestão e com o controle social). É preciso que os profissionais que estão sendo formados vivenciem o sistema de saúde, que saibam reconhecer conhecimentos e práticas que têm legitimidade e trânsito no seu interior e nas suas adjacências, que aprendam a reconhecer as possibilidades e os limites da capacidade de oferecer ações e que se envolvam na efetiva implantação dos serviços necessários em cada local. Acerca da legitimidade dos conhecimentos e práticas que circulam no sistema de saúde, é preciso registrar que o CES/RS discutiu e reconheceu legitimidade a um conjunto mais dilatado do que aqueles oferecidos pela racionalidade biomédica. Exemplifica essa dilatação, a amplitude que adquiriu um projeto de fitoterapia, que será detalhado adiante.

Ainda relativamente ao ensino de graduação, ao final de 2001, como resposta a um conjunto de possibilidades que foram sendo criadas de aproximação do SUS/RS com o processo de formação de profissionais de saúde, por meio das articulações estabelecidas com os órgãos formadores, principalmente por decorrência dos projetos estabelecidos pela ESP/RS, foi proposta pela Mesa Diretora a criação de uma Comissão de Formação de Trabalhadores em Saúde no Conselho, para acompanhar, analisar, propor e articular projetos nessa área.

A formação dos trabalhadores em saúde para o SUS foi se tornando cotidiana no SUS/RS e, portanto, no CES/RS. A participação mais regular das entidades representativas dos trabalhadores, a participação regular dos Conselhos Regionais de Saúde nas atividades desenvolvidas pelos Nuresc, a participação formal de Conselheiros nas atividades da ESP/RS, a participação de estudantes da área da saúde (particularmente da graduação em medicina e enfermagem) nas Reuniões Plenárias e dos Conselhos Regionais, bem como a participação de conselheiros em atividades de instituições de ensino, foram constituindo o tema da formação em um assunto cotidiano. Por decorrência da necessidade de agregar um conjunto de atividades em desenvolvimento com instituições de ensino e com associações científico-profissionais, bem como para dar mais concretude às prerrogativas concedidas ao SUS pela legislação federal no ordenamento da formação dos trabalhadores em saúde¹²⁰, a ESP/RS e outros órgãos da SES/RS propuseram ao CES/RS a criação de uma política mais articulada para essa área.

O CES/RS analisou essa proposta em algumas atividades preparatórias e numa Reunião Plenária [CES, 06/12/2001] e, por meio da Resolução nº 23, de 20 de dezembro de 2001, aprovou a Política Estadual de Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde para o SUS (Formação Solidária da Saúde). Consolidou, com isso, esse agrupamento de atividades, que tem características importantes a serem analisadas.

O primeiro aspecto relevante é a abrangência do projeto: foram previstas estratégias de cooperação técnica, financeira e operacional com todas as 21 (vinte e uma) instituições de ensino superior que oferecem um ou mais cursos de graduação da área da saúde¹²¹ (Assistentes Sociais, Biólogos, Biomédicos, Profissionais de Educação Física, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos,

¹²⁰ Conforme Ceccim & Armani (2001), embora um conjunto de dispositivos legais garanta ao SUS a prerrogativa de interferir no ordenamento da formação dos trabalhadores em saúde, já que este se constitui no maior mercado e também o sistema que ordena o conjunto de ações e serviços de saúde oferecidas à população, essa prerrogativa não vem sendo sistematicamente utilizada pela gestão federal do SUS, que desenvolve apenas projetos pontuais, mantendo-se completamente sob os auspícios do Ministério da Educação essa prerrogativa.

¹²¹ Embora a Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (Uergs) ofereça um curso de graduação em saúde (Administração de Sistemas e Serviços de Saúde), não foi incluída no rol das instituições conveniadas no âmbito do projeto de Formação Solidária da Saúde por tratar-se de um órgão vinculado ao Governo do Estado. Mesmo não estando listado entre as profissões consideradas pelo Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 287, de 08 de outubro de 1998) como pertencentes à área da saúde, principalmente por ser um curso inédito no âmbito da graduação. Assim, a Uergs compõe o Pólo de Educação em Saúde Coletiva do Estado do Rio Grande do Sul, participa das atividades realizadas no referido projeto (como os estágios de vivência no sistema de saúde) e mantém articulação com as demais estratégias desenvolvidas nesse âmbito no SUS/RS.

Médicos Veterinários, Nutricionistas, Odontólogos, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais), com as entidades científico-profissionais da área da saúde (inicialmente envolvendo a Associação Médica do Rio Grande do Sul – Amrigrs, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn/RS, Associação Brasileira de Odontologia – ABO/RS)¹²² e com entidades sindicais e populares que realizam atividades de capacitação de pessoal para o SUS (conselheiros, lideranças populares, conselheiros do Orçamento Participativo Estadual etc.). Além dessas atividades, desencadeou-se a implementação de ações de inclusão, no bojo desse processo, da formação de técnicos de escolaridade básica (ensino fundamental e médio), inclusive com a montagem de uma escola de educação profissional em saúde.

Vê-se que, propositivamente, as discussões e os projetos aprovados pelo CES/RS apontam, entre outros, um aspecto específico do *déficit* na formação dos trabalhadores em saúde que, no Território da Medicina, apareceu superficialmente como um déficit de conhecimentos em Saúde Pública e Economia da Saúde. Embora naquele território os conhecimentos dessas áreas estivessem ambigualmente sendo propostos para ampliar o leque de informações para orientar a prática, mas também para fortalecer o poder corporativo, a aproximação da formação dos profissionais com o SUS, para o Conselho Estadual de Saúde, tem uma função mais ambiciosa: além de conhecimentos próprios, a expectativa é de que a *vivência* nos sistemas municipais, microrregionais, regionais, macrorregionais e estadual de saúde produza habilidades e sensibilidades específicas nos futuros profissionais.

Não se quer apenas que os estudantes tenham contato com outros serviços, além do hospital universitário e dos serviços próprios de algumas faculdades. Tampouco basta o contato com outros serviços de saúde sem vínculo direto com a instituição formadora. Os “novos cenários” para o ensino devem despertar o *protagonismo*, a capacidade criativa, o compromisso *ético* (reconhecimento) e *político* (defesa) com o SUS, o *gosto* pela atuação no sistema público de saúde. Para isso, os estudantes devem circular por diferentes serviços, mas também por entidades e grupos comunitários e estruturas de gestão e participar dos mecanismos de controle social¹²³. Vê-se que, para os conselheiros de saúde, o que poderia ser designado de “novos cenários” quando visto desde as tecnologias acadêmicas de organização do ensino, quer expressar, na realidade, um outro processo de ensino. Essa análise propositiva traz embutida em si uma potencialidade que não foi dita ou analisada especificamente até aqui.

Verificou-se que há uma tendência de permanência dos estudantes nos municípios onde são formados. Esse é um dado coincidente com pesquisas feitas nacionalmente. Também se sabe que a formação ainda está centrada quase que exclusivamente no hospital-escola ou, na melhor das hipóteses, em alguns serviços isolados nas adjacências deste. As propostas formuladas e discutidas pela SES/RS e pelo CES/RS prevêem a formação no sistema de saúde. Essa alternativa parece ter capacidade de fortalecer a regionalização da atenção e do sistema de saúde, que já vem tendo propostas institucionais da gestão do SUS (por meio de mecanismos para alterar o desenho da oferta de serviços e regular as ações disponibilizadas por meio do financiamento), mas também pela maior facilidade de fixar os novos profissionais.

¹²² As atividades da ESP/RS desenvolvidas em parceria com essas entidades têm permitido viabilizar os estágios de vivência (Escola de Verão / Estágio Regional de Vivência no SUS da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – Denem, Vivência-Estágio na Realidade do SUS – VER-SUS/RS) e o I Congresso Gaúcho de Estudantes Universitários da Saúde “Estudantes Agindo SUS”, com intenso protagonismo estudantil, suficiente inclusive para que constituíssem uma organização própria, o Núcleo Estudantil de Trabalhos em Saúde Coletiva – Netesc.

¹²³ A conselheira Beatriz Kunkel, que será apresentada com mais detalhe adiante, quando convidada para fazer a Conferência de Abertura do XIV Congresso Brasileiro de Entidades Estudantis de Medicina (XIV Cobrem), confidenciou-me que pensou várias vezes sobre se deveria reagentar seus compromissos assumidos semanas antes desse convite com entidades comunitárias e conselhos municipais. Ante o impulso de recusar, por avaliar mais importantes os compromissos já assumidos, lembrou dos poucos contatos rápidos que tivera com os estudantes de medicina nas atividades do CES/RS e no Estágio de Vivência. Disse-me que pensou que se a haviam convidado, era porque queriam escutá-la; não seria apenas para deixá-la falar (referência à postura “humanista” de alguns, poucos, profissionais que, embora não tenham a capacidade de *escuta*, deixam o “paciente” falar por algum tempo para que “se sinta bem”). Então resolveu aceitar, com a expectativa de que aprendessem a escutar e se deixassem *contaminar* (ter contato e ficar *tomado*) pelo SUS. Esse foi o valor substitutivo aos “honorários” que Beatriz verbalizou querer como *penhora* no começo da sua Conferência de Abertura no Congresso. Não há registro anterior, na história da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem), que uma *mulher da roça*, como se apresenta orgulhosamente, ou qualquer outro representante dos usuários do SUS (que não fosse também profissional de saúde) tenha ocupado esse lugar. O efeito? Bom, passados alguns meses, Beatriz Kunkel continua recebendo convites para participar de eventos com estudantes da área da saúde para falar sobre saúde, SUS e o que se espera dos profissionais de saúde nesse “mercado” de trabalho... (Notas do cartógrafo).

Mais do que as propostas de políticas institucionais envolvendo a gestão e diferentemente do caráter compulsório que propõem alguns projetos federais para o exercício nos serviços públicos aos alunos, a mobilização do desejo e da convicção dos egressos das escolas da área da saúde parece tornar-se mais possível por meio de estratégias que envolvam a formação. Tal possibilidade, efetivada pelo desejo dos novos profissionais, parece ter uma grande possibilidade de vigência, conforme detectou a avaliação das duas atividades de vivência realizadas no sistema estadual de saúde do Rio Grande do Sul por estudantes de medicina (Breuning & Cols., 2002) e por estudantes de diversos cursos da área da saúde (Ceccim & Bilibio, 2002)¹²⁴.

Uma segunda categoria de problemas identificada no território da medicina que teve trânsito, embora também com outro patamar de argumentação, foi a questão da especialização e da fragmentação da clínica médica.

Para os conselheiros do CES/RS, a seqüência de argumentos relacionados à especialização que são utilizados naquele território tem um encadeamento diferenciado. A especialização e o atendimento especializado que lhe está associado, no cotidiano do CES/RS, não têm como primeira implicação a fragmentação do atendimento. A primeira associação que ocorre com frequência é a da dificuldade do acesso: determinados procedimentos mais sofisticados, feitos por especialistas, são difíceis de obter. E isso se constitui num problema, mesmo isoladamente. A fragmentação, para o CES/RS, é um *déficit* na composição e no funcionamento das equipes.

Em uma das diversas reuniões em que o tema da regionalização e/ou regulação do acesso às ações e aos serviços de saúde esteve em pauta o espectro de argumentos utilizados nas demais aparece ilustrado [CES, 08/03/2001]. Situações concretas são registradas para orientar a discussão sobre deficiências de atendimento em algumas regiões. Diz-se que o planejamento do sistema de saúde por níveis de sofisticação tecnológica já não é mais suficiente, somente parecia adequado quando os serviços estavam funcionando mal. Nos últimos anos, dizem os conselheiros, conseguiu-se que fosse ampliado o acesso aos primeiros atendimentos (importante registrar que essa qualificação é atribuída à fiscalização exercida pela própria população e pela suspensão no repasse de recursos estaduais para alguns municípios que não os utilizavam para qualificar o atendimento à população).

É preciso avançar mais, já que não basta que os problemas sejam identificados e os formulários de encaminhamento para outras especialidades e serviços sejam entregues aos usuários, diz-se no CES/RS. É preciso garantir que sejam implantados ou vinculados ao SUS serviços e ações de maior sofisticação tecnológica nas regiões, de forma a tornar mais equânime o acesso. Se a regionalização da assistência for feita de forma a preservar níveis excludentes no acesso à sofisticação tecnológica para determinadas regiões ou extratos da população não se avançará na implementação do sistema de saúde definido pela Constituição, dizem os conselheiros. A gestão estadual deverá apresentar critérios que avancem ainda mais na distribuição dos recursos financeiros e novas estratégias para o planejamento do sistema. É seu dever "moral", segundo dizem os conselheiros para anunciar sua pressão sobre os planejadores do sistema estadual, discutir mais avanços no funcionamento do sistema de saúde gaúcho já que, quando participam de atividades no país, há uma demanda muito grande pelo relato das experiências do Estado e não é possível relatar uma estagnação do processo desenvolvido até então.

Quando aparece o argumento da insuficiência de recursos financeiros ou mesmo a dificuldade de oferecer serviços com maior sofisticação tecnológica em regiões com menor densidade populacional, devido à menor demanda, a resposta é que há problemas no compromisso com o SUS de alguns profissionais e de alguns serviços. O planejamento da distribuição dos recursos assistenciais não pode ser feito exclusivamente a partir do critério de volume de atendimentos (e, portanto, faturamento dos serviços e remuneração dos profissionais!). É preciso discutir mais aprofundadamente com os Conselhos de Saúde a utilização de recursos públicos para subsidiar serviços e para adquirir equipamentos, já que os argumentos dos profissionais, dos

¹²⁴ Uma avaliação rápida dessas atividades foi relatada ao Conselho Estadual de Saúde pelos estudantes na Reunião Plenária de 08/08/2002 e geraram a intervenção emocionada de um conselheiro dizendo que a vitalidade demonstrada no relato que ouvira, mostrava que o trabalho desenvolvido há tantos anos em defesa do SUS estava gerando bons resultados. Disse o conselheiro que esperava da nova geração de médicos, um compromisso com a população, maior do que via nos profissionais em exercício. Nessa mesma atividade, representantes dos Conselhos Regionais também informaram das atividades realizadas pelos estudantes nas suas regiões. (Notas do cartógrafo).

gerentes dos serviços e, mesmo, de alguns gestores mudam radicalmente quando estão pleiteando recursos e quando estão diante da demanda expressa pelo usuário. Essa amplitude na circulação de argumentos e idéias numa mesma reunião [CES, 08/03/2001] decorreu do fato de estarem sendo apresentados os cinco projetos da SES/RS premiados nacionalmente como inovadores na gestão do SUS e, ao mesmo tempo, normas e diretrizes para organizar o atendimento regionalizado em diversas áreas específicas, que tiveram recursos estaduais alocados no ano anterior e que, no entendimento de alguns Conselhos Regionais de Saúde, não estavam tendo sua destinação discutida adequadamente nas regiões e municípios. Demandavam-se, portanto, orientações mais fortes da instância estadual de controle social.

Além de problemas na organização dos serviços, a fragmentação e os *déficits* de qualidade no exercício da clínica são imediatamente associados à especialização no Território da Medicina. No Território do Conselho, a especialização é classificada como necessária e a fragmentação tem outro ordenamento explicativo: deriva de um déficit no compromisso ético dos profissionais, da sua incapacidade de escuta e de acolhimento e à ambição desses e dos serviços (diz-se no Conselho que a expectativa de remuneração interfere no atendimento prestado por alguns profissionais e por alguns serviços), bem como no trabalho em equipe.

No que se refere ao conhecimento especializado, diz-se que, naturalmente, um profissional não terá o domínio de todo o conhecimento científico e é por isso que se reivindica a atuação em equipe. O que se espera do profissional é que, ao acolher o usuário, ao *escutar* seus problemas, ao localizar sua capacidade individual de resposta, saiba oferecer alternativas adequadas, inclusive para o cuidado assistencial necessário e que transcende sua capacidade própria ou do serviço em que está inserido de oferecer a resposta necessária e adequada para as necessidades identificadas nesse contexto. Reivindica-se que o profissional conheça o sistema de saúde e que seja efetivo nos encaminhamentos e na orientação ao usuário. É um outro plano de conhecimentos que não pode faltar ao profissional, que não o domínio absoluto sobre a doença. Não há oposição entre o profissional generalista e o especialista. Fala-se no especialista menos como o profissional que detém a capacidade de resolver todos os problemas e mais como o profissional capaz de escutar, de entender o que está ocorrendo com o doente, de contextualizar sua doença, de realizar as ações que estão ao seu alcance e de viabilizar o acesso às demais. Cada um dos profissionais que compõe um serviço de saúde (a “equipe”) é percebido como parte desse serviço e responsável pela resolutividade que cabe ao serviço, independente da fração de conhecimento técnico especializado que detenha.

Essa é, sem dúvida, a maior diferença entre a forma como se vê a prática do profissional no Território da Medicina (uma prática autônoma, centrada no profissional médico e responsável pelo conjunto de procedimentos afetos às habilidades configuradas pelo seu conhecimento especializado) e no Território do Conselho (práticas articuladas entre os diferentes profissionais e áreas do conhecimento, suficientes para alocar resolutividade aos atendimentos dispensados aos usuários). Seguramente é essa compreensão que dá uma dimensão *pragmática* aos conceitos de *integralidade com equidade* na atenção à saúde, que estão registrados na Constituição brasileira. Mas também aponta uma diferença na imagem que fazem de si os profissionais (de uma *sagrada* capacidade de domínio absoluto sobre a doença) e os conselheiros (trabalhadores que compõem o sistema de saúde e que têm uma grande relevância social, embora com tênue compromisso com a população e com o sistema).

2.1 - As entidades médicas e o CES/RS

Conforme já se descreveu, há uma tensão constante no CES/RS motivada por comportamentos de profissionais, particularmente médicos, considerados irregulares pelos Conselheiros. Na primeira Ata analisada está registrado um movimento que envolveu um grande número de Conselhos Municipais e encaminhou ao Plenário do Conselho Estadual uma Moção de Repúdio à negativa dos médicos anestesistas da região norte do Estado de prestar seus atendimentos por meio do SUS e da remuneração destinada a seus procedimentos pelas tabelas nacionais de pagamento. Esse tipo de denúncia não é infreqüente e tampouco envolve apenas essa especialidade médica. Além da cobrança de honorários, que é ilegal e infringe o Código de Ética Médica, há alguns registros de problemas relativos às conseqüências da negativa de atendimentos: mortes por

não atendimento ou atendimento tardio, por exemplo [CES, 30/09/1999; 16/08/2000], sofrimento prolongado por decorrência de atendimentos de urgência ou emergência adiados [CES, 15/04/1999], postergação de procedimentos por decorrência de solicitação de exames complementares considerados desnecessários por outro profissional médico de mesma especialidade [CES, 03/05/2001; 21/06/2001]. Também há denúncias em relação aos serviços, inclusive serviços próprios de municípios¹²⁵.

A Comissão de DST/Aids do CES/RS registrou, por diversas vezes, o recebimento de denúncias de usuários sobre o atendimento recebido de profissionais de saúde, bem como da sua dificuldade em obter dados de notificação dessa doença por parte dos profissionais médicos. Em duas Reuniões Plenárias os representantes dessa Comissão registram o convite, infrutífero, às entidades médicas para a discussão de normas para orientar o atendimento médico aos doentes de Aids ou portadores do vírus que provoca a doença [CES, 17/05/2001; 21/06/2001], em reconhecimento à importância desses profissionais nas questões relativas a essa área de atendimento.

Outros conflitos com as entidades representativas dos médicos são descritos nas Atas analisados. Há diversos registros acerca das freqüentes ausências dos representantes das entidades nas Reuniões Plenárias, para além daquelas registradas pelas Comissões, como em relação à Comissão de DST/Aids, que reivindicam a presença para discussões técnicas e relativas ao modo de inserção dos profissionais no SUS. Enquanto isso, representantes de outras profissões (principalmente nutrição, odontologia, psicologia, fisioterapia e terapia ocupacional) utilizam-se, freqüentemente, das reuniões do CES/RS para defender a ampliação e/ou o reconhecimento de suas competências profissionais no SUS e buscar a legitimidade conferida pelo apoio do colegiado. Na realidade, a análise desses movimentos, mais do que estratégias corporativas, responde a uma convicção tácita dos conselheiros: não há conhecimentos desnecessários, há uma insuficiência na aplicação isolada de conhecimentos especializados, que gera a sensação de ilegitimidade e produz resistência quando o movimento é de imposição vertical de qualquer conhecimento ou prática.

Na quinta Reunião Plenária Ordinária do ano de 2001 [CES, 05/04/2001], frente a uma nota publicada pela imprensa local pelas entidades médicas, respondendo a uma seqüência de notícias veiculadas pela mídia de cobranças irregulares de honorários médicos nos serviços de saúde vinculados ao SUS, com o argumento de que havia problemas na organização do Sistema. O CES/RS elaborou uma Nota Oficial, que foi publicada nos principais jornais, esclarecendo a população acerca dos seus direitos relativos ao atendimento de saúde, assegurados constitucionalmente, bem como reiterando os termos da Resolução CES/RS nº 07, de 24 de junho de 1999, que estabeleceu mecanismos para coibir as cobranças por atendimentos aos usuários do SUS.

Essa preocupação de coibir cobranças aos usuários apareceu sempre que estiveram em discussão projetos de repasse de recursos para serviços e/ou municípios. O padrão de argumentos para essa preocupação envolve as freqüentes denúncias recebidas, principalmente pelos conselheiros regionais e pela

¹²⁵ Denúncias na qualidade do atendimento, de cobranças aos usuários, de irregularidades no gerenciamento (que, segundo os conselheiros, geram problemas de sustentação financeira, posteriormente referidos à remuneração do SUS) e com a administração dos trabalhadores foram os principais argumentos utilizados para que o CES/RS estabelecesse, a partir de 1999, a criação de Conselhos Gestores nos serviços de saúde, com participação dos usuários, à medida que novos projetos envolvendo a reestruturação dos serviços foram sendo apresentados pela SES/RS ao Conselho. Num movimento abrupto, em 2001 [CES, 21/06/2001] esse mecanismo foi estabelecido como condição para manutenção de qualquer repasse financeiro estadual aos serviços. Essa iniciativa do CES/RS, que subordinou a SES/RS (cuja proposta era a implantação progressiva dessas instâncias) e os serviços de saúde (contrários a essa iniciativa) teve seu formato final definido, por consenso, na Resolução CES/RS nº 09, de 24/09/2001. Uma tensa circulação de argumentos, com intensidades e radicalidades variáveis numa das Reuniões Plenárias [CES, 13/09/2001], produziu um novo patamar de consensos, viabilizando e fortalecendo o controle social por meio dos Conselhos de Saúde sobre todos os serviços estaduais de saúde vinculados ao SUS e que recebem recursos adicionais da SES/RS. A análise dos argumentos utilizados para descrever a necessidade e definir o formato desses órgãos, bem como do processo que envolveu essa produção de consensos, faz lembrar das ferramentas de trabalho e dá visibilidade ao modo de produção dos conhecimentos que embasam ações, do qual sobressaem os arranjos provisórios e *pragmáticos*, mas também uma dimensão de complexidade (combinação horizontal de conhecimentos diversos) mais do que de sofisticação (validação vertical de conhecimentos embasados numa racionalidade-padrão instituída). Qualidade do atendimento, inclusive no que se refere à tradução mais individual da relação de um profissional e um usuário, e formas adequadas de funcionamento dos serviços não são obtidos pela tradução linear de conhecimentos técnicos de áreas específicas. Há que se produzir uma "mistura" de conhecimentos aplicados à situação de cada local e há necessidade, para isso, do protagonismo de diferentes sujeitos e seus diferentes saberes. Ou seja, substituem-se os "modelos" fixos de organização da assistência por uma metodologia de saberes em circulação produzindo arranjos com "temperos" locais.

Comissão de Fiscalização, a infração à lei que esse fato caracteriza, mas, principalmente, um argumento utilizado nas considerações da própria Resolução, que mobiliza fortemente os conselheiros. Essa resolução fala do “momento de fragilidade psicológica do paciente e familiares, tornando-os vulneráveis às exigências por parte das instituições e profissionais”, bem como o fato de que os recursos que financiam o sistema de saúde serem advindos das próprias contribuições da população.

Em julho de 2001, os conselheiros classificam como pressão motivada exclusivamente por interesses corporativos uma carta mandada publicar pelas entidades médicas gaúchas com “denúncias” sobre o atendimento nas emergências. Segundo os conselheiros, as inúmeras discussões e projetos já aprovados pelo CES/RS, incluindo recursos financeiros estaduais para essa área (desde 1999 o projeto Saúde Solidária previu repasse de recursos complementares para o atendimento de urgência e emergência, área considerada prioritária pelos conselheiros, mediante contratos específicos com os hospitais) não contaram com qualquer contribuição das entidades médicas. Alguns comentários no Plenário associam a nota das entidades médicas às repercussões da Nota Oficial do CES/RS, publicada no mês anterior, e às novas estratégias de distribuição de uma cartilha para os usuários (chamada “O SUS é Legal – Direitos do Usuário”), informando-os dos seus direitos relativamente à atenção à saúde [CES, 05/07/2001].

Na realidade, esse conflito mais direto entre as entidades médicas e o CES/RS é anterior ao período analisado, tendo sido assim anunciado nas Atas analisadas. Como se viu no Território da Medicina, os problemas de interface desta com o mercado de trabalho têm origem na própria concepção de ideal da profissão. No período analisado, entretanto, ele tem um registro que transcende o relato ou denúncia de casos na Reunião Plenária que aprovou o texto, posteriormente publicado como a Resolução nº 07, de 24 de junho de 1999 [CES, 13/05/1999].

A ação mais enfática do CES/RS em relação à regulação direta de práticas desenvolvidas nos serviços de saúde, no que se refere aos médicos, vinha sendo postergada com o argumento de que problemas identificados, como cobranças, deveriam ser encaminhados como denúncia para a área da auditoria médica dos serviços e das próprias secretarias de saúde.

Há um conjunto maior de argumentos que são utilizados para reconhecer a insuficiência desse mecanismo, mas especificamente em relação aos médicos diz-se que a ineficiência constatada nas auditorias é devida a um “sentimento corporativo” envolvido quando um profissional deve investigar seu colega, principalmente num contexto em que há um discurso patrocinado pelas entidades médicas que está centrado na remuneração dos procedimentos realizados por esses profissionais. Desse discurso queixam-se prestadores de serviço, gestores e usuários: diz-se que é preciso qualificar o atendimento e lutar pelo aumento dos recursos para a saúde e que essa lógica de argumentação centrada no valor monetário dos procedimentos¹²⁶ não é ade-

¹²⁶ Em decorrência de atividades profissionais, acompanhei em agosto de 2001 a assembléia de uma das entidades representativas dos médicos gaúchos que discutia exatamente os valores pagos pelo SUS pelos procedimentos médicos. Ante à ênfase dos argumentos utilizados, sempre tendo como referência valores unitários de procedimentos que, mesmo estando defasados, somam-se no cálculo dos valores pagos ao seu conjunto, quando finalizados os atendimentos aos usuários, emergiu deste representante da SES/RS o cartógrafo e, nessa condição, registrei um conjunto de apontamentos aos quais denominei “Gentil Desumanidade”. Desses registros, chama a atenção, na releitura para a finalização desta carta, um dos exemplos que ilustra essa transposição perversa produzida quando o atendimento ao usuário e seu valor ético são reificados num conjunto de procedimentos, aos quais se agrega e parametriza valores financeiros. Um dos profissionais presentes verbaliza seu desconforto por ter sido acionado para acompanhar o parto de “uma papeleira” na madrugada de uma noite chuvosa de inverno. Ao deslocar-se ao hospital, constata que a aparência da parturiente torna inútil o instrumento formal que estava sendo discutido e que, segundo o que defendia àquela época a entidade que patrocinou o evento, permitiria a “complementação” de valores aos procedimentos médicos. Feito o parto, refere que se despediu da “paciente”, que lhe manifestou seu agradecimento. Frente ao que classificou como uma atitude humanitária (responder ao agradecimento), disse à puérpera que desejava que seu filho, forte e bonito, conseguisse vencer as dificuldades que a vida certamente lhe imporia e, tendo acesso à formação universitária, optasse por medicina para, a exemplo do que acontecera naquela noite, ser “obrigado” a sair de casa numa madrugada fria e chuvosa para atender partos por R\$ 30,00 (trinta reais). Imaginei, tendo em conta as estatísticas de renda no país e a atividade que foi referida àquela mãe, que esse deveria ser o valor com o qual sua família teria que sobreviver durante boa parte do mês. Talvez não tenha entendido a “gentileza” do profissional como uma maldição ou talvez já tivesse desenvolvido a capacidade de ignorar falas com essa configuração. Mas, diferentemente da quase totalidade dos demais presentes, a “totalidade” deste sujeito-médico-e-cartógrafo, ao assistir à cena, não permitiu outra reação exceto a de registrá-la como desabafo solitário, num conjunto de apontamentos que fiz circular a um pequeno número de colegas, como “terapêutica auto-aplicada”. Para enxergar algum resquício de solidariedade nesse relato, imaginei, seria necessário um sofisticado aparato de tecnologias médicas...

quada (diz-se que, contraditoriamente, as entidades médicas gaúchas, patrocinadoras de tal discurso, não se associaram aos movimentos pela aprovação da lei estadual e do projeto de lei federal para estabelecer fontes estáveis de recursos para a saúde).

Há também uma denúncia de maior gravidade: diz-se que os médicos, em algumas regiões, têm agido como “terroristas de branco”, já que fazem uso de sua importância na sociedade para produzir medo nos usuários em denunciar tais práticas. Na reunião descrita, o representante do Ministério Público Federal, após a aprovação da Resolução, solicitou que fosse encaminhada aos vários órgãos encarregados da defesa do consumidor, juntamente com as denúncias relativas aos atendimentos. Foi o próprio representante do Ministério Público Federal que remeteu, algumas semanas após esta Reunião Plenária, cópia do jornal de uma das entidades médicas gaúchas que, ao comentar o que chamou de “onda de denúncias contra os médicos”, informa os profissionais do Estado sobre as disposições do Código de Ética Médica relativas à atividade de auditoria médica, privativa desse profissional e submetida aos dispositivos do referido código, e sobre o dever do médico em não prestar seus serviços a “preços vis” (Código de Ética Médica, Art. 86).

Embora esse assunto tenha sido previsto apenas como um “relato de expediente”, tornou-se o principal foco das intervenções nos “assuntos gerais” da reunião que precedeu o recebimento do material citado [CES, 22/07/1999]. Nos registros analisados, diz-se que as entidades médicas deveriam observar outros dispositivos do Código de Ética Médica¹²⁷, que os argumentos utilizados para justificar cobranças, além de ferir a ética médica não são procedentes, já que responsabilidade social e custos de atualização todos os profissionais têm, sendo que, além disso, a necessidade de sobrevivência é verdadeira para todos os cidadãos. À sequência de argumentos, o CES/RS decide elaborar Nota Oficial, publicada pela imprensa, manifestando-se contra a cobrança aos usuários do SUS e, pela primeira vez em uma série que se seguiram a esta, registrar publicamente o teor da resolução vedando a cobrança e estabelecendo mecanismos para coibi-las, além de conchamar a população a denunciar tais atos (embora regularmente publicadas no Diário Oficial, por vezes os conselheiros demandam que as decisões formalizadas tenham maior circulação em outros veículos da mídia).

Descrever apenas a reação do CES/RS a essas iniciativas das entidades médicas não permite dimensionar o plano de intensidade ética e política que existe na atuação da maior parte dos conselheiros. No modo do *andar da vida* dos conselheiros, há um pragmatismo que combina conhecimentos/sabedorias e sua capacidade de responder a situações práticas. No caso de conhecimentos e práticas especializados, maior valor do que a verticalidade dessa especialização é atribuído à capacidade de combinação lateral com outros conhecimentos e práticas, tornando o conjunto assim formado, num dispositivo capaz de interferir positivamente no contexto em que está inserido. Esse aspecto terá agregados outros descritores adiante.

Três registros merecem ser agregados nesse momento em que se descreve a reatividade, algumas vezes brusca, às iniciativas das entidades médicas de desqualificar o SUS. O primeiro desses registros é relativo à percepção que os conselheiros têm sobre o cotidiano desse sistema de saúde. A frequência com que problemas são debatidos pode induzir a uma compreensão equivocada de que há uma percepção deste como um sistema com uma identidade fixa e reduzida à configuração de seus problemas. Ao contrário, esse é um sistema que, para os conselheiros, tem como características identificadoras um conjunto desafiador de compromissos éticos, políticos e de atenção às pessoas.

É um sistema que precisa ser *nômade*, ou seja, ir-se reconfigurando a cada nova possibilidade constituída e às características próprias dos momentos em que há encontros entre usuários concretos das práticas e dos conhecimentos individuais deste ou daquele profissional (caracterizado, por sua vez, pela sua condição de estar no trabalho em saúde no serviço concreto que o usuário procura). Deve ir-se reconfigurando também na relação com outras instituições, outras organizações, com o conjunto de práticas e conhecimentos que circulam na sociedade. É essa condição de mobilidade que alimenta cada discussão, muitas vezes exaustiva, em busca da melhor combinação de possibilidades para cada problema identificado.

¹²⁷ Esse argumento refere-se especificamente ao Artigo 95, do Código de Ética Médica, que diz que é vedado ao médico “cobrar honorários de paciente assistido em instituição que se destina à prestação de serviços públicos ou a receber remuneração de pacientes como complemento de salário ou de honorários” (Código de Ética Médica aprovado pela Resolução CFM nº 1.246, de 08 de janeiro de 1988).

Por isso, quando reagem à corporação médica, da mesma forma com que reagem à mídia, aos governantes, aos prestadores de serviço ou a qualquer situação que aprisione o SUS a um limite identitário configurado pelos problemas identificados a cada instante, é a esse aprisionamento que reagem os conselheiros. A reação aos trabalhadores e serviços de saúde que reproduzem tais argumentos agrega a frustração da expectativa que defendam e demonstrem compromisso político com o nomadismo desse *SUS legal*. Há alguns fragmentos no contexto das discussões que se travam no período de análise que são sugestivos dessa descrição apresentada¹²⁸, consolidada, como transparece, na *vivência* do cartógrafo, que é participante por condição de possibilidade.

O SUS é, na convocação dos conselheiros, um sistema de saúde *legal*. As discussões em torno da definição da marca-slogan são indicativas do que se traduziu, no texto constitucional, como “relevância pública” para a saúde. Deve, portanto, estar relacionado com a vida plena, com a vida *legal*. A marca foi escolhida porque traduz a condição do registro constitucional, mas pela possibilidade de agregar mais qualidade à vida concreta das pessoas. A saúde pode ser uma “Grande Política” (Nietzsche, 1999; 2002) para os conselheiros, mas, diferente do conceito teórico-filosófico, recheada de possibilidades concretas. Mas é importante verificar que esse compromisso de defesa não é apenas uma “obrigação”. Dizem os conselheiros, comentando estatísticas publicadas na imprensa, que são os serviços vinculados ao SUS que atendem à maior parte da população e que, quando solicitados a analisar os serviços públicos, os seus usuários avaliam positivamente o atendimento recebido e, mais do que isso, os serviços no Rio Grande do Sul têm uma melhor avaliação do que os demais serviços no país [CES, 19/04/2001]¹²⁹. Essa é uma marca que produz satisfação ou, como se disse durante a argumentação, a sensação de dever *sendo* cumprido. Aqui, o registro de mais uma constatação do cartógrafo: para os conselheiros, o *dever*, o *trabalho*, a *luta*, agregam um complemento de incompletude (jamais é um fim, que permita cessar o envolvimento) que mobiliza constantemente e há um sentimento de prazer constante, que transparece nas suas falas diante dos problemas (essa é uma *boa luta*)¹³⁰.

Dados que afirmam o quanto o *SUS é legal*, como o definem os conselheiros em diversas oportunidades, são analisados e apresentados sistematicamente nas Reuniões do Conselho. A primeira referência a esse respeito, encontrada nos registros da fonte analisada, é do ano de 1999, onde foi solenemente lida numa Reunião Plenária a carta recebida de um usuário, que refere o atendimento recebido num serviço público como “de primeiro mundo” [CES, 25/03/1999]. Mais do que a idealização de uma possibilidade intangível, o que se diz dessas referências, é que elas demonstram, justamente, o campo de possibilidades do SUS. Portanto, é o campo das possibilidades tecidas cotidianamente pelos conselheiros que *ferem* as críticas sistemáticas e, em boa parte das vezes, com suporte apenas no interesse privado, o que o

¹²⁸ Se à cartografia não interessa uma análise *matemática* dos territórios, tampouco a cartografia de idéias inovadoras ao exercício e à configuração da clínica médica tem essa expectativa. Tal abordagem, essa foi uma das aprendizagens do cartógrafo na pesquisa, vista exclusivamente por dentro da lógica biomédica, torna a carta um mapa fixo, de territórios rígidos, despotencializando-a. Nesse território, particularmente, não se buscou o conjunto de movimentos realizados no período. Fragmentos de movimentos mais amplos, mesmo quando inovam nas relações entre as instituições e nos papéis desempenhados por cada sujeito no cenário da sociedade, mas sistematicamente descritos e analisados nos seus aspectos de inovação à clínica, são recortes metodológicos da própria carta.

¹²⁹ Essa é uma discussão que decorreu do relato de um Seminário Estadual realizado pelos trabalhadores da saúde, denominado “SUS Prá Valer”. Os argumentos relatados, muitos dos quais tiveram origem na própria atividade realizada, descrevem duas fontes primárias de dados, que replicaram em diversas notícias na imprensa. A primeira fonte foi os dados da PNAD de 1998 (IBGE, 2000), que identificou como usuários exclusivos do SUS a expressiva parcela de 75% dos brasileiros. Na mesma pesquisa, embora com dados trabalhados mais cuidadosamente por outros autores (Veras, 2000) e também divulgados em alguns veículos de comunicação, pode-se identificar que, diferentemente das pesquisas de opinião pública realizadas para avaliar abstratamente os serviços (quando a saúde pública recebe índices de insatisfação maiores), mais de 86% dos usuários que foram atendidos em serviços públicos nos meses que antecederam à pesquisa demonstraram satisfação com as ações que receberam. Além dessa fonte, uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde no ano de 2000, mostrou que os usuários dos serviços no Rio Grande do Sul apresentam índices mais altos de satisfação quando comparados com os demais estados.

¹³⁰ Não há uma idealização nesse registro, preocupo-me em registrar. Há uma perplexidade, que produz um certo desassossego no cartógrafo em explicar essa situação. O gosto pela tragédia, que encara os problemas com profundidade em busca das possibilidades mais remotas, que demonstra vigor e que gera sensação de bem-estar e de poder, como dizia Nietzsche (2002)? A relação de complementaridade que têm, na cultura popular, festa e luta, de que nos falava Martins (1989)? A alegria das progressivas, mesmo que pequenas na dimensão planetária, transformações do mundo e do sonho de transformar o mundo, de que nos falou Paulo Freire (2000)?

faz com dupla intensidade. E essa *tecitura* implica num aprendizado intenso, como demonstram os registros emocionados de dois trabalhadores em saúde que deixaram o Conselho no período da análise. A substituição de conselheiros é um evento registrado no Plenário, já que implica em comunicação formal das entidades. Mas em pelo menos duas situações os conselheiros que saem da representação fazem uso da palavra, com intensidade suficiente para merecer registro na Ata, e descrevem o período de atuação no Conselho como de um aprendizado intenso, de novos conhecimentos para sua prática profissional e também para rever seu modo de *viver e de sonhar a vida* [CES, 21/01/1999; 21/06/2001]. Prática profissional e exercício de cidadania se entrelaçam e compõem um tecido denso e forte (permite depoimentos com inúmeras idéias tecidas de forma sólida: servirá para a vida, dizem os conselheiros nesses episódios), mas também intenso e inteiro (registra-se a emoção e o compromisso ético com o modo de fazer que aprenderam com a vivência no Conselho).

Um segundo registro mostra indícios da sofisticação tecnológica que se quer disponível no SUS (que está entrelaçada com a expectativa de *complexidade*, de diálogo horizontal de conhecimentos e racionalidades múltiplas que se espera encontrar nesses serviços). A notícia veiculada pela imprensa nacional e internacional, além dos veículos de comunicação próprios dos profissionais de saúde, de um “implante de um coração artificial” realizada no Estado, em um serviço público do SUS, é registrada numa Reunião Plenária [CES, 22/07/1999]. Diz-se que, embora a imprensa e os profissionais envolvidos, nas entrevistas que concederam sobre o evento, não tenham registrado esse fato, foram os recursos financeiros e assistenciais do Sistema Único de Saúde que viabilizaram esse sofisticado procedimento.

Embora tenha tido um custo elevado, dizem os conselheiros que buscaram os dados dos valores envolvidos no atendimento, é esse o sistema que precisa ser construído. Essa é uma diferença do SUS dos demais “sistemas”, dizem, referindo-se aos Planos e Seguros Privados de Saúde, os quais também são analisados pelos Conselheiros. Bom exemplo é um relato familiar, inserido num contexto onde se discute problemas de acesso a alguns procedimentos que não estão sendo disponibilizados em volume suficiente pelo SUS [CES, 25/10/2001]. Um dos conselheiros informa que sua esposa possui um plano de saúde, que é reconhecido pelo valor da sua mensalidade e pela promessa de ampla cobertura assistencial, oferecido com custeio parcialmente coberto pela empresa onde a mesma trabalha. Ao contrário do que informava o material publicitário do plano privado, diante da necessidade concreta de um exame mais sofisticado e caro, solicitado por ocasião do acompanhamento pré-natal, sua esposa foi informada de que o procedimento que necessitava não estava coberto pela empresa e deveria ser “complementado” com recursos próprios, segundo definia o contrato. Esse relato, que se estende e apresenta mais argumentos, diz que limites dessa ordem, que existem no SUS também, têm duas grandes diferenças quando acontecem com usuários deste: tornam-se notícias dos principais jornais e, por outro lado, tornam-se problemas coletivos e suscetíveis de soluções construídas coletivamente, quando denunciados nos Conselhos de Saúde. O “contrato” com o SUS é a condição de cidadania e, nesta, não pode haver *letras miúdas*, ao final, dizendo que tal e qual característica ou situação restringe, “de direito”, o acesso. Os limites, quando existem precisam ser resolvidos com o envolvimento e com a *boa luta*.

Essa é a terceira categoria de registros que precisa ser feita, como contribuição acerca do modo de fazer (produzir conhecimentos, aplicá-los a situações práticas e apoderar-se das *mil saúdes*) nessa instância híbrida e que explica a reação brusca às críticas que são feitas ao SUS. Esse não é apenas um sistema de saúde *legal* porque representa, concretamente, a possibilidade de acesso da maior parte da população e porque tem como obrigação prática a produção de ações integrais e equânimes. É *legal* porque o espaço de múltiplos protagonismos lhe é parte constituinte. Se não há participação, não é SUS, dizem os conselheiros, em diversas oportunidades, para justificar sua rejeição a argumentos dos gestores e serviços para a aprovação de diretrizes para orientar gastos e a finalização de projetos.

Dois situações registradas no CES/RS permitem dimensionar a amplitude dessa terceira categoria de idéias que mostram a importância do SUS para os conselheiros. Em uma das reuniões, põe-se em questão o fato de que há penalização da população quando os recursos repassados pela SES/RS são suspensos por decorrência de denúncias relativas ao funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde, que devem deliberar e acompanhar a utilização dos recursos financeiros. Um argumento tenta vigência:

deve-se “confiar mais” nos governos municipais nessas questões e apenas recomendar que não substituam os conselheiros sem que esse procedimento tenha sido indicado pelas próprias entidades ou segmentos que representam e “dar-lhes um tempo” para que façam os ajustes necessários. Das reuniões anteriores e dos contatos que teve no próprio município, um dos conselheiros do CES/RS, que também é conselheiro regional, busca um grande conjunto de irregularidades que foram verificadas em um dos municípios que compõem a base territorial de atuação do seu Conselho Regional. Enumera essas irregularidades para informar que, reconstituído o conselho com as entidades populares e com uma mobilização da população, alternativas foram encontradas, inclusive para manter sob vigilância antigas práticas inadequadas nos serviços e a substituição de profissionais. Há um enunciado forte sobre a possibilidade de conquistas da população, quando está organizada, quando exerce ativamente seu protagonismo, inclusive no campo supostamente reservado aos conhecimentos e às habilidades técnicas dos profissionais da saúde [CES, 17/05/2001].

Em outra situação [CES, 05/07/2001], repetiu-se o cenário denunciado: o Conselho Municipal foi atenuado, dois anos antes, pela nomeação de representantes dos usuários por escolha direta do Secretário de Saúde. Discordâncias naquele Conselho sobre alterações feitas unilateralmente pela Secretaria no destino dos recursos, conforme o que os conselheiros haviam aprovado inicialmente, fez com que a prestação de contas não fosse aprovada e a Secretaria optou por substituir os conselheiros. Envolveram-se o Conselho Estadual, o Conselho Regional, o Ministério Público e outras instituições e, não obstante foi recomposto o Conselho inicialmente existente, como foram comprovadas irregularidades na aplicação dos recursos, que geraram o afastamento do Secretário e, mais ainda, uma sentença judicial em primeira instância, que é o pretexto para o informe, condenou à prisão e à devolução dos recursos utilizados irregularmente tanto o gestor municipal quanto os nove médicos que estavam envolvidos com as irregularidades. O relato, feito em detalhes pelo conselheiro do CES/RS, finaliza-se com a expressão de sua convicção de que, “se os conselheiros fizerem *seu trabalho*, fiscalizando e denunciando irregularidades, a população terá um SUS melhor do que tem hoje” (anotações do cartógrafo).

Não se trata, como demonstra esses registros, de substituir conhecimentos e habilidades técnicas para a atenção à saúde da população e tampouco para o exercício de um bom governo. Trata-se de que incorporem, essa é a condição de sua legitimidade, porosidades para a participação protagônica da população. O melhor modo de fazer a clínica e a gestão, poderíamos assim sintetizar o enunciado, se faz ao caminhar, mas caminhar em conjunto. É a combinação local e a cada momento, dos protagonismos que estão disponíveis, que dá o formato adequado das ações. A validade e a condição de legitimidade estão associadas não à capacidade explicativa da racionalidade hegemônica, mas ao compromisso ético e ao modo de fazer de cada processo (permeabilidade à diversidade de saberes, porosidade aos diversos interesses, capacidade de resposta prática). Deslocam-se os modos de fazer e a direção para onde se vai.

Mas, e o sujeito adoecido, como fica nessa perspectiva? Só lhe resta *caminhar* também, quem sabe em busca de um serviço para atendê-lo?

O próximo recorte deverá mostrar a concretude do adoecimento, sua encarnação no corpo para os conselheiros. Mostrará também que a pessoa adoecida e sua condição de adoecimento não se confundem: não somente não são o mesmo, como também o adoecimento é apenas uma das condições da pessoa (jamais teríamos, portanto, a referência de uma doença para identificar o doente: “a hepatite do 301” não será, certamente, uma referência válida nesse território). E não é a condição determinante das condições de vida. Como se verá, o adoecimento é uma situação condicionante e, ainda mais, um sintoma das condições atuais da vida, segundo o modo como é concebido de forma prevalente no CES/RS.

Paulo Freire (2000) nos ajuda a criar a sensibilidade necessária para uma melhor “mediação” entre a produção registrada até aqui, os modos de *andar a vida*, os modos de produção vigentes e as possibilidades *por dentro* do sistema de saúde: “Na medida em que aceitamos que a economia ou a tecnologia ou a ciência, pouco importa, exerce sobre nós um poder irrecorrível não temos outro caminho senão renunciar à nossa capacidade de pensar, de conjecturar, de comparar, de escolher, de decidir, de projetar, de sonhar. Reduzida à ação de viabilizar o já determinado, a política perde o sentido da luta pela concretização de sonhos diferentes. Esgota-se a eticidade de nossa presença no mundo” (p. 55).

3. A SAÚDE E O ADOECIMENTO PERTENCENDO AOS MODOS DE ANDAR A VIDA

Nesse território, chamou a atenção a diferença com que se define o “objeto” da atenção à saúde. No Território da Medicina (e na perspectiva da biomedicina), uma construção epistemológica específica permitiu a definição abstrata do conceito de doença e sua localização num conjunto também específico de coordenadas no organismo biológico. Mais contemporaneamente, permitiu uma nova abstração que reificou ainda mais a vida, transformada num conjunto de fenômenos eletroquímicos localizados num compartimento mais preciso do organismo, o tronco encefálico. Esse processo de reificação não se mostrou monolítico, sequer naquele território, mas, ao contrário, capaz de mobilizar um forte dissenso e uma forte pressão desterritorializadora, que não foi suficiente para reconfigurar a expressão dominante da medicina moderna, ao menos no que se refere ao posicionamento das suas entidades representativas, embora tenha lhe produzido algumas porosidades: os eventos metodológicos, conceituais e práticos que se verificaram no entorno da *experiência clínica* foram significativos dessa tensão e das transformações que ocorreram.

No Território do Conselho, essa construção reificada eventualmente também circula por entre os conselheiros nas suas falas. Em alguns momentos, há uma doença com uma configuração específica, uma localização determinada no organismo do “paciente” e há necessidade de uma intervenção também específica, com gradientes precisos de sofisticação tecnológica e um perfil padronizado de conhecimentos necessários para garantir uma correta articulação entre essas dimensões descritas e sua exatidão: reivindica-se o exercício da *experiência clínica* tal qual foi configurada no nascimento da clínica moderna (Foucault, 1980). Mas não é possível dizer que esse processo seja exatamente o assujeitamento dos “falantes” pelo discurso médico, conforme o processo identificado por Foucault no conjunto da sua obra e que marca o momento do surgimento da biomedicina. Também não é possível explicar completamente a configuração do que se diz e daqueles que o fazem como um assujeitamento por diversos discursos, ou seja, a existência de vários “sujeitos” num mesmo ser. Diz-se que, se há necessidades de saúde expressas e/ou identificadas, o sistema de saúde deverá ter capacidade de respondê-las. Embora a amplitude das necessidades de saúde seja muito maior e sua combinação de fatores, muito mais complexa, quando essa necessidade adquiriu a característica de ter sido submetida ao diagnóstico (transformando-se na “doença do médico”) pelos profissionais dos serviços de saúde e ter tido indicados procedimentos específicos, há que se garantir que eles sejam oferecidos por meio de atendimentos qualificados à pessoa que os necessita.

O que foi identificado no território do Conselho é um fenômeno que, quando analisado a partir da expressão das opiniões, da sua localização no contexto da discussão e do efeito que o conjunto das falas produz nas novas intervenções dos conselheiros na dinâmica de construção dos consensos, sempre tênues e provisórios, é um processo de articulação de idéias, convicções, culturas, necessidades concretas, discursos previamente adquiridos, diferentes sensibilidades e compromissos.

Os conceitos-ferramentas de trabalho - “demodiversidade” (Santos, 2002), “pedagogias para a vida coletiva” (Mol & Fischer, 2000), “mediação” (Fischer & Ferla, 1995) - auxiliam a compreender aspectos importantes desse processo. Mas essas categorias, para *fazer funcionar* a análise, implicam em sua aplicação, em sua capacidade de diálogo com situações concretas. O processo descrito até aqui é bastante ilustrativo da dimensão coletiva que tem o funcionamento do Conselho e a produção de conhecimentos que se faz no interior do sistema de saúde. No período da pesquisa, minha condição de participante permitiu-me *vivenciar* os efeitos e os modos como as idéias cartografadas foram sendo *vividas* pelos demais conselheiros do CES/RS. Essa condição permitiu também identificar “sujeitos de trajetórias tão densas, mas diferentes e por

isso, complementares” (Fischer, 1999), capazes de agregar outras idéias à carta e de detalhar um pouco mais algumas delas, com as quais esses conceitos-ferramentas podem dialogar.

Utilizo-me, para isso, de um recurso metodológico indicado por ocasião da qualificação desta tese¹³¹ e encontrou sua possibilidade mais potente no contado com Beatriz Kunkel. A cartógrafa auxiliar é conselheira do CES/RS, conselheira do Conselho Regional de Saúde da 6ª Região de Saúde (Passo Fundo) e passou a compor a Mesa Diretora do CES/RS a partir de julho de 2002. Diversos contatos pessoais, a participação compartilhada em inúmeras atividades públicas e algumas tentativas, infrutíferas, de operacionalizar “entrevistas” para incorporar suas contribuições à produção acadêmica tornaram necessária a invenção de outros recursos para que sua contribuição fosse absorvida. A escolha foi de incorporar suas idéias sobre a saúde, sobre o atendimento às pessoas adoecidas, sobre o funcionamento do sistema de saúde, sobre as relações entre a saúde e as demais áreas e sobre a construção de conhecimentos a partir de registros pessoais, *marcas* da convivência (que constituíram uma Beatriz-em-mim) e a pesquisa de sua participação nas reuniões do CES/RS. Assim, as idéias cartografadas nos dois territórios, as contribuições específicas da cartógrafa auxiliar¹³² e as marcas e cicatrizes do cartógrafo serão *postos a funcionar* para criar outras possibilidades para a clínica.

Para tanto, inicio com uma breve apresentação, que aponta uma característica comum de alguns dos conselheiros que compõem o CES/RS: uma trajetória transversal a diversas áreas de atuação social. Segundo os dados que forneceu para a apresentação mais sistematizada da sua trajetória, Beatriz informa que sua infância e parte de sua adolescência foram no meio rural, na pequena propriedade familiar: “fui mulher da roça e tenho muito orgulho do que aprendi nos trabalhos da agricultura”, afirmou na solenidade de sua posse na Mesa Diretora do CES/RS (08/08/2002). Trabalhou como Auxiliar de Enfermagem, durante 14 anos, num pequeno hospital do interior, “onde se fazia novena para que chegassem mais doentes” e, assim, aumentasse o faturamento do hospital. A partir do final da década de 1980, convidada a participar de entidades de mobilização dos trabalhadores e trabalhadoras rurais, principalmente na região norte do Estado, passou a envolver-se com a formação de agentes comunitários de saúde, com a discussão de alternativas de agricultura saudável, de alimentação saudável, da fitoterapia e outras atividades de educação em saúde voltadas principalmente para os trabalhadores e trabalhadoras rurais, com o objetivo de “auxiliá-los a tornarem-se agentes de sua saúde e dos demais cidadãos”¹³³. A mudança do trabalho no hospital para o trabalho com os

¹³¹ O Prof. Dr. Nilton Fischer sugeriu, no seu parecer (Fischer, 1999), a identificação de sujeitos concretos e com trânsitos pela medicina para captar, de suas trajetórias, elementos *disruptores* para o entrecruzamento com a clínica, imbricando-a, assim, com o “mundo vivido”. O “encontro” com Beatriz Kunkel *acendeu* tal possibilidade e despertou outra *marca*: o acompanhamento de uma pesquisa junto a uma escola municipal de Porto Alegre. Na releitura da apresentação da publicação que veiculou a pesquisa (Fischer & Ferla, 1997), afirmávamos que a investigação do entorno, com intenso protagonismo dos seus atores cotidianos, *fazia emergir* outras “escolas possíveis” da própria escola-pesquisadora. No artigo de análise desse processo, Carlos Rodrigues Brandão (1997) nominou tal *fazer emergir* como a própria construção de possibilidades por meio da busca de “um saber-sobre-nós-mesmos”. Em analogia ao que se disse em relação à construção de alteridades da mesma escola, tornada outra constantemente pelo conhecimento do seu entorno, há um conjunto de possibilidades que emergem na pesquisa dos territórios do entorno da prática médica. A densidade dos saberes disponibilizados no contato com Beatriz e as “provocações”, como nominadas pelo Prof. Nilton, fizeram com que tivesse a necessidade de incorporá-las. Ante à dificuldade de registrar o conjunto dos seus saberes sobre as “medicinas” e as “saúdes” que se vive, utilizei-me da possibilidade de incorporá-la como cartógrafa auxiliar no exercício acadêmico e registrei, em diversos momentos, suas contribuições.

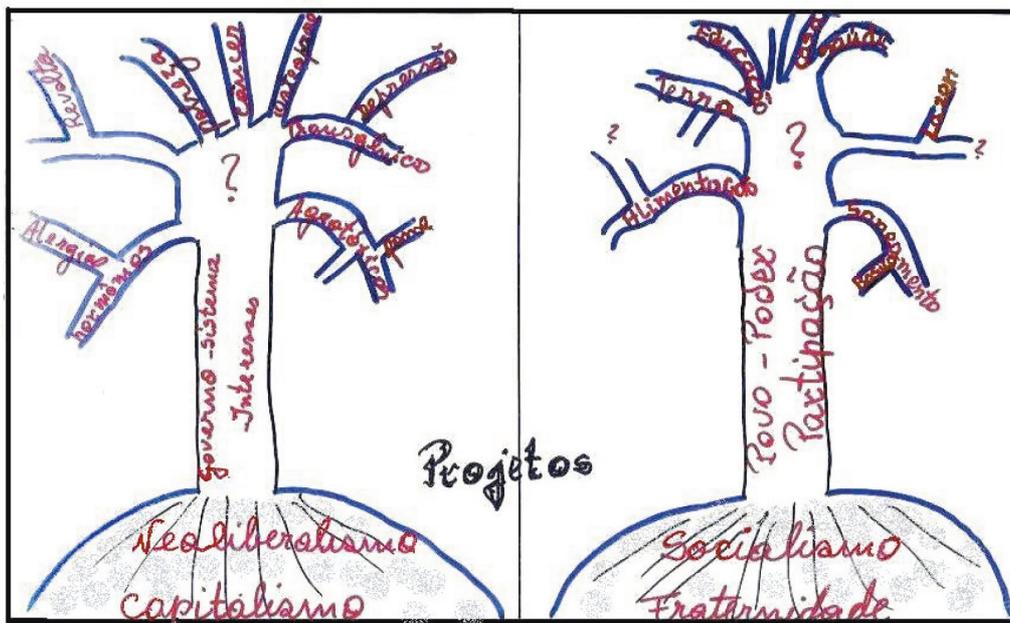
¹³² No parecer já referido, o Prof. Nilton (Fischer, 1999) propunha um “entrecruzamento de mapas” feitos a partir de trajetórias *disruptoras*, tal qual “lâminas de retroprojeto” vistas em superposição. Na impossibilidade de coletar dados “objetivamente” (com metodologias mais formais, como entrevistas) já que a potência de suas idéias para este cartógrafo não pôde ser projetada num plano de análise mais vertical, senão que o fizeram num profundo plano de sensibilidade e de horizontalidade, utilizei-me da sugestão (“provação”) feita pelo Prof. Nilton. Seguramente é um grande desafio pessoal e uma grande “provação” acadêmica, parcialmente desenvolvida nas atividades de educação em saúde das quais estamos participando em conjunto, cartografar e, portanto, registrar o conjunto das idéias e a trajetória da conselheira Beatriz em formato que permita maior circulação e “entrecruzamentos”. Para esta tese, entretanto, optei por registrar apenas os conceitos que pareceram mais necessários na análise das idéias que circularam no espaço do Conselho e que ajudam a “recheiar” a clínica médica com novas possibilidades para seu exercício cotidiano.

¹³³ Essa breve apresentação, com dados obtidos dos curtos registros escritos fornecidos pela própria Beatriz, tem incluídos fragmentos textuais que capturei de suas falas na cerimônia de posse da Mesa Diretora do CES/RS para o biênio 2002 – 2003. São dados que ajudam a compreender alguns conceitos e algumas idéias apresentadas posteriormente, principalmente relativos à amplitude do conceito de saúde com que opera nas suas análises e atividades. Também explicam, de certa forma, a facilidade com que formula idéias sobre a saúde, tangenciais à assistência médica oficial, experiência que teve desde a internalidade do hospital. Por outro lado, a condição de *mulher, da roça, militante social* e conselheira de saúde agregam ao âmbito de sua experiência a capacidade de enxergar o *andar a vida* e o cuidar da saúde de formas incomuns à clínica oficial.

agricultores e agricultoras representou, segundo Beatriz, uma mudança importante na sua vida: “quando eu descobri que podia lutar pela saúde e não pela doença, descobri que a luta podia valer a pena, que o trabalho podia ser mais do que obrigação” (registro do cartógrafo da fala no CES/RS em 08/08/2002).

Uma das primeiras questões que busquei nas afirmações de Beatriz foi seu conceito de saúde. Já havia compreendido que a “doença” como categoria abstrata pertence ao domínio discursivo da biomedicina e que, mais ainda, não tem um sentido prático para a atuação da grande parte dos conselheiros de saúde¹³⁴. O exercício de captar a abrangência desse conceito apresentou algumas dificuldades, principalmente decorrentes da tendência do cartógrafo de projetar imediatamente as respostas num plano de abstração, que truncava a continuidade da conversa. Essa dificuldade do cartógrafo implicou na utilização de uma estratégia didática que auxilia nas atividades de formação de agentes comunitários de saúde e agentes sociais para atuação na área da saúde: a explicação a partir de representações gráficas e metáforas. A Figura 02 demonstra uma representação esquemática sobre os modos de viver e sua relação com a saúde, apresentada para responder ao desafio de conceituar “saúde” e “doença”¹³⁵ para o cartógrafo, ante ao que suponho ter sido entendido como um *déficit* (verdadeiro) na compreensão das suas falas.

Figura 02 – Representação ao conceito de saúde, segundo a cartógrafa auxiliar



Fonte: Material didático utilizado na formação de agentes políticos de saúde

¹³⁴ Os conceitos que circulam com maior fluidez no espaço do Conselho são conceitos *pragmáticos*: densos de conhecimentos multifacetados e com potência para aplicação prática. No Território do Conselho, bem como em outros espaços de circulação de idéias populares sobre a saúde, o construto equivalente poderia ser “adocimento” (Ceccim, 1998/1999), já que nesses territórios o conceito abstrato, além de desnecessário, é irrelevante. Não é uma “solução ótima” (Rotelli & Cols, 1990) como aquela necessária para orientar a atuação do profissional da racionalidade médica moderna o que está em questão nesses espaços. Há uma amplitude muito maior de fenômenos que interferem no adocimento e, da mesma forma, um conjunto maior de conseqüências e uma combinação desordenada entre eles. Essa complexidade faz com que o processo cognitivo necessário para orientar cada situação implique em uma avaliação individualizada, mesmo de situações com uma serialidade visível muito grande (evidências sintomáticas, sinais etc. que, configuram, na racionalidade biomédica, noções etiológicas, cadeias de transmissão, etc.).

¹³⁵ A insistência em que pudéssemos conversar sobre essas categorias decorreu da necessidade de estabelecer comparações com os conceitos em circulação no Território da Medicina. Com o desafio de demonstrar encadeamentos entre situações concretas, Beatriz formula e, principalmente, faz circular entre os agentes com os quais trabalha, conhecimentos que equivalem, no plano de abrangência, à categoria teórica de análise à qual denominamos de intersetorialidade, própria do conceito ampliado de saúde. Mais uma vez, ao conseguir fazer essa associação de idéias, veio-me à mente a enfática exclamação de Martins (1989: 134): “a crise atual não é a crise dos grupos subalternos, mas dos grupos de mediação, grupos de apoio intelectual às lutas populares”.

Esta tese não tem como recurso metodológico a análise interpretativa do esquema e das idéias apresentadas¹³⁶. Não se trata de buscar representações, senão idéias apresentadas e sua potência de suscitar a constituição de novos planos de possibilidade para a clínica médica. E diferenças conceituais fazem parte das análises que compõem esta tese. Assim, o que se descreve não é derivado da interpretação do esquema apresentado, senão idéias utilizadas pela conselheira para explicá-lo. Tampouco se pretende esgotar o registro dessas idéias, já que não se trata de um “objeto” da pesquisa, senão um fragmento do Território do Conselho onde se expressa a participação dos usuários. Outras idéias suas estão referidas em outros momentos da tese, já que foram potentes para alterar, em diversos momentos, as configurações do percurso de busca por idéias inovadoras à clínica em saúde. Além desses, há algum tempo manifesta-se no próprio cartógrafo uma força-Beatriz e, por certo, há componentes da cartógrafa auxiliar nas afirmações mais enfáticas do pesquisador. Às idéias registradas, entretanto.

Segundo o entendimento da conselheira, sempre haverá problemas de saúde na população, mas podemos ter um projeto de sociedade mais saudável. O conjunto dessas possibilidades “nasce” e “tem raízes” sobre os projetos que ordenam a vida em sociedade e há, basicamente, dois projetos, dos quais derivam os “troncos” de possibilidades. Esses “troncos” identificam os agentes que exercem o poder de definir tais possibilidades que se vê hoje e outras possibilidades que não se vê ainda (o que Beatriz indica com a interrogação e os “galhos” sem identificação são outras possibilidades não nominadas, inclusive aquelas ainda não visíveis). A “saúde” aparece como possibilidade plena na situação em que o interesse que exerce o poder é o “povo” e a forma com que esse poder se expressa é por meio da “participação”. Registra que uma forma de governo que se apresente como do “povo” mas que não se exerça com “participação” equivale à forma de governo em que o poder é exercido por meio de um “sistema privado de interesses” (há, portanto, possibilidades de mesclagens nos dois projetos básicos).

Ao questioná-la sobre a apresentação da expressão “saúde” apenas num dos galhos da segunda árvore desenhada, Beatriz explica-me a diferença entre duas formas de saúde: uma relacionada ao adoecimento e outra ao modo de vida saudável. Há uma relação entre ambas, já que a possibilidade de existência de uma situação em que as pessoas deixem de ter doenças está relacionada, necessariamente, à possibilidade de uma vida mais saudável. Ao questioná-la sobre como seria essa existência sem doenças, já que, inicialmente, havia informado da impossibilidade de uma situação idealizada onde inexistissem doenças, a resposta foi enfática: trata-se das “doenças dos médicos”, porque o sofrimento das pessoas (adoecimento) e a necessidade de cuidados de saúde sempre existirão, embora com formas de apresentação diferentes.

Duas perguntas são respondidas com duas metáforas (estórias que trouxe consigo em uma das conversas, imagino que antecipando a necessidade de processos de mediação didática, tão freqüentes nas nossas conversas, afinal). Questiono se essa tamanha complexidade de coisas que estão relacionadas à saúde não implicaria em tornar inúteis os conhecimentos e as práticas médicas (e dos demais profissionais de saúde) e se essa forte fixação em projetos de sociedade (“raízes” e “troncos”) e seus modos de reprodução não tornariam a saúde uma área com pouca importância e utilidade nesse processo da vida saudável.

O primeiro assunto, sobre a efetividade dos conhecimentos e práticas médicos na abordagem do adoecimento, é respondido com uma estória escrita, cuja origem desconheço, chamada “Pescador de ti”:

Dois amigos resolveram fazer uma pescaria. Chegaram à beira do rio, iscaram seus anzóis e mal os colocaram na água, ouviram gritos e choro, que cada vez ficavam mais fortes. Olharam para os lados e nada avistaram. De repente, perceberam que os gritos vinham do rio e avistaram duas crianças descendo rio abaixo. Jogaram-se na água e com muito sacrifício, conseguiram salvar as duas crianças. Nem bem haviam chegado à margem, ouviram novos gritos. Desta vez eram quatro crianças caindo rio abaixo. Jogaram-se na água e conseguiram salvar apenas duas crianças. Chegando novamente à margem do rio ouviram mais gritos. Agora oito crianças descendo a corredeira. Um deles lentamente começou a afastar-se do rio. O amigo, assustado, chamou-o de volta, dizendo-lhe: “estás

¹³⁶ No caso de um material didático, utilizado como “suporte” ao diálogo com os participantes das atividades educativas, como o faz Beatriz, esse recurso seria duplamente equivocados: teria que ser reduzido às categorias utilizadas para a análise e estaria supondo que representa a totalidade das idéias que ela apresenta quando o utiliza. Nas oportunidades em que pude acompanhar sua utilização, serviu muito mais para suscitar o debate e a interferência dos participantes do que para representar um conjunto de idéias a serem absorvidas pelos mesmos.

louco? Vais me deixar aqui sozinho para salvar estas crianças?” Aquele que estava se afastando respondeu: “faça o que tu puderes, eu vou verificar quem está jogando estas crianças no rio!”.

Muitos profissionais de saúde, diz nossa cartógrafa, sabem fazer somente o que o primeiro pescador fez: a cada problema que aparece, tentam resolver. Alguns, é bem verdade, somente o fazem no horário de trabalho – sempre reduzido quando se trata dos médicos – e em condições específicas (*o rio não pode ser muito fundo!*). Mas é importante que os profissionais façam isso: é preciso tratar as doenças e fazê-lo da melhor forma possível. Mas isso não é suficiente, é preciso também atuar nas causas reais dos problemas. Essa é uma habilidade que poucos profissionais têm. Dos três aspectos destacados, registro duas questões para entender melhor: o limite das condições para exercer o trabalho e a necessidade de atuar nas causas (*ver quem está jogando as crianças no rio*). O registro que fez da falta de compromisso (*o compromisso registrado pelo horário reduzido*) foi auto-explicativo.

O que é que significa “o rio não ser muito fundo”, questiono. Os profissionais são mal formados? Não têm domínio técnico adequado? Por um lapso de tempo, fico imaginando tratar-se da fragmentação dos conhecimentos e da especialização em detrimento da capacidade de atendimento mais horizontal.

Esse não é o principal problema, explica a cartógrafa auxiliar. Os profissionais de saúde já saem das universidades dominando muitas tecnologias e cada um deles é “melhor” em alguma das áreas. Assim, em maior ou menor distância de onde a pessoa adoentada está, existem profissionais que têm o conhecimento especializado necessário. O problema é outro, diz-me a cartógrafa auxiliar: os profissionais de saúde (os médicos em particular) sabem pedir exames e decifrá-los, sabem receitar os seus remédios, mas não sabem *escutar* qual é o *problema de verdade*¹³⁷. É importante dar remédios para as alergias, porque as alergias incomodam, continua. Mas porque não perguntam se, por acaso, a pessoa não está utilizando hormônios no tratamento do gado ou agrotóxicos na lavoura? Porque não perguntam como é o trabalho e como está a vida em casa? Gasta tempo e, além disso, vão ter que pensar que o alimento que estão consumindo em casa pode ter o mesmo produto que causa aquela reação, explica nossa cartógrafa auxiliar. E aí vão ter que fazer mais do que pedir exames e receitar os “seus” remédios... Prossegue: talvez o médico teria que conversar com o psicólogo, com o assistente social, com o enfermeiro e com os outros profissionais para saber o que está acontecendo com a pessoa. Os médicos não sabem fazer isso! Não conseguem *ir muito fundo no rio*, na metáfora da história. Há relatos de situações vividas no trabalho hospitalar para exemplificar essa insuficiência da clínica médica. Os demais profissionais (particularmente aqueles com maior contato com o doente, principalmente da equipe de enfermagem), normalmente têm mais contato direto com a vida vivida do doente.

(Embora a seqüência relatada associe fragmentos de vários registros, o que fica evidente é que, a exemplo do que estava marcado em outras falas no Território do Conselho, há um problema anterior à formação tecnologicada e fragmentada. Está associado a ele, mas sua deficiência mais visível é a sua “dureza”. Falta aos profissionais a porosidade necessária para incorporar aspectos relativos ao adoecimento que não estão no “centro” da construção da doença e que, para quem não olha os fenômenos associados ao adoecimento exclusivamente desde a *experiência clínica* talhada pela modernidade, são partes fundamentais da

¹³⁷ Em uma situação específica, entre as quais faço uso para compor essa seqüência de idéias da cartógrafa auxiliar, perguntei-lhe se identificava algum problema na formação dos médicos. Imaginei que, tendo acumulado tamanha experiência no trabalho hospitalar, em um pequeno hospital do interior, tivesse, “naturalmente”, o diagnóstico da fragmentação, da especialização e da dificuldade em compreender todos os fenômenos do “organismo”. Após um pequeno silêncio, a cartógrafa auxiliar responde, com uma expressão forte: “o problema é que eles não aprendem a escutar. Eles não nos escutam!”. Jamais precisei registrar no caderno de notas essa resposta. Ela *ecoa, repuxa* e causa desconforto. Tornou-se uma *cicatriz* do processo cartográfico...

¹³⁸ No Território da Medicina, essa característica aparece, de forma similar, quando se descreve um aspecto da crise que os “novos tempos” trouxeram aos médicos: a multicausalidade, a diversidade de relações sociais, a diminuição no contraste entre a relevância dos conhecimentos e das práticas em circulação nos serviços. Já naquele território, a linearidade que permitiu a construção epistemológica da doença e que fundou a clínica mostrou-se insuficiente para diversas situações nos “novos tempos”. Como se pode ver, desde o olhar *pragmático* dos usuários, esses aspectos da deficiência da medicina – que descrevem a sua crise – estão visíveis e têm terapêuticas propostas: a abertura às alteridades que circulam a prática e o conhecimento do médico.

própria condição do estar adoecido¹³⁸. Jamais se descarta a necessidade de conhecimentos biomédicos e tampouco sua relevância: o problema, desde o ponto de vista que está sendo relatado pela nossa cartógrafa auxiliar, é a impermeabilidade aos demais aspectos que envolvem a situação concreta do adoecimento. As pessoas adoecem de forma diferente umas das outras e muitos procedimentos necessários devem estar relacionados às especificidades que o médico não *enxerga* e que não *escuta*, porque não aprendeu a fazê-lo. Em outra oportunidade já registrei a expectativa da cartógrafa auxiliar em relação ao aprendizado da capacidade de escuta por parte dos estudantes de medicina. Mas, em relação a esse aspecto, o que está registrado como deficiência é relativo à abertura/porosidade às condições específicas do *andar a vida*. Embora ambas as dimensões pareçam associadas, mais do que relativa à profundidade do conhecimento – sua especialização –, a questão que se destaca, uma vez mais, é sua capacidade de diálogo horizontal – com saberes e conhecimentos dos demais profissionais e dos usuários, inclusive sobre outros aspectos que não configuram *exatamente* a doença tal qual está registrada na sua *experiência clínica*).

Há um segundo aspecto que desafiou o cartógrafo: sua indicação de que é preciso buscar as causas. A explicação anterior já agregou alguns elementos, mas sob a denominação de vigilância e/ou promoção da saúde há inúmeros discursos em circulação e suas idéias sobre esse aspecto faziam-se necessárias para identificar onde estariam fixadas. A resposta fez concluir que, também nesse aspecto, a biomedicina tem um *déficit* na construção conceitual. Já foi possível identificar o imbricamento entre a assistência (*continuar salvando as crianças que descem o rio*) e a busca de causas (*descobrir quem as está jogando ao rio*) que nem sempre é tão claro no Território da Medicina: naquele território, as construções por oposição (abstrações construídas por dicotomia) têm mais trânsito. Tal qual a dicotomia especialista X generalista, parece que a dicotomia promoção X assistência não faz sentido neste território e, particularmente, para nossa cartógrafa auxiliar.

Mas, embora já tivesse percebido essa questão, interessei-me por saber o que deveria fazer o médico quando descobrisse as causas. Nossa cartógrafa auxiliar mostra que há um desdobramento ético-político que precisa ser evidenciado. Não é possível que se deixe de denunciar as causas. Os exemplos que nossa cartógrafa auxiliar utiliza têm referências sempre fortes com a agricultura e com a natureza: agrotóxicos, hormônios, alimentos transgênicos, situações no mundo do trabalho que põem em risco o trabalhador, a opressão de gênero, a falta de saneamento básico etc. Essas situações precisam ser denunciadas e os profissionais de saúde, que estão mais próximos das conseqüências que esse contexto, devem fazê-lo. É por isso, diz-me Beatriz, que a saúde é importante para os modos saudáveis de viver, para a criação de condições de um projeto saudável de sociedade. (A “Grande Saúde” como expressão da micropolítica!; sonho e projeto transformando o mundo; emancipação pela demodiversidade etc. Um exemplo *pragmático* e quase todos os autores devorados para compor a caixa de ferramentas atualizando-se!!)

O exercício acadêmico implica em manter um certo padrão de registros. Certo. Ainda havia uma questão a ser formulada que, justamente, buscava esclarecer o vínculo entre as “duas saúdes” que apareceram na descrição do esquema da Figura 02. Não seria idealismo exagerado pensar que se pode incidir sobre projetos de sociedade apenas com as ações de saúde. Nossa cartógrafa, em diversos momentos e com muita gentileza, desfaz o advérbio. Existem áreas que fazem parte de quase todas as atividades das pessoas, explica. A agricultura, por exemplo: todo mundo precisa de alimento e quem produz alimentos? Deveríamos produzir alimentos saudáveis, mas não é isso que acontece. A saúde não é apenas uma pequena área. Ela diz respeito à vida de todas as pessoas. Mesmo a ação mais “pequena”, aquela que envolve o médico e o “paciente” (a fala da cartógrafa auxiliar já inclui as aspas, quando se refere dessa forma ao usuário das ações médicas!). Outra estória, cuja origem também é desconhecida, mostra do que está falando:

Certa lenda conta que estavam duas crianças patinando em cima de um lago congelado. Era uma tarde nublada e fria e as crianças brincavam sem preocupação. De repente o gelo se quebrou e uma das crianças caiu na água. A outra criança, vendo que seu amiguinho se afogava debaixo do gelo, pegou uma pedra e começou a golpear com todas as suas forças, conseguindo quebrá-lo e salvar seu amigo. Quando os bombeiros chegaram e vira o que havia acontecido, perguntaram ao menino:

- Como você fez isso? É impossível que você tenha quebrado o gelo com essa pedra e suas mãos tão pequenas!

Nesse instante apareceu um ancião e disse:

- Eu sei como ele conseguiu.

Todos perguntaram: Como?

- Não havia ninguém ao seu redor para lhe dizer que não poderia fazer! Respondeu o ancião.

É preciso que os profissionais de saúde tomem para si uma função política que está associada ao que se reconhece como uma boa prática de saúde. A clínica, vista desde o lugar institucional de participação da população no sistema de saúde, seja ela exercida por qualquer dos trabalhadores que atuam nesse sistema, tem um componente político intrínseco. É a função política de denunciar os modos de vida que não são saudáveis e produzir outras alternativas, saudáveis e fortalecedoras da vida. Há uma potencialidade que é vista em cada pequena ação. O seu contrário, ou seja, pequenas ações que atenuam a vida, são vistas com profunda indignação, conforme o demonstram inúmeros depoimentos obtidos junto aos documentos do CES/RS analisados. Não somente ações que traduzem um visível maltrato com o usuário (negligência, desleixo no atendimento, desdém ao seu modo de expressão etc.). Ações de outra ordem, como a resistência no preenchimento de fichas de investigação das relações entre as situações de adoecimento apresentadas pelas pessoas e o seu trabalho, por exemplo, também mobilizam os conselheiros.

Em uma Reunião Plenária do CES/RS [CES, 09/11/2000], onde se discutia a implementação de ações de saúde do trabalhador no Estado, a cartógrafa auxiliar registra sua inconformidade ao saber que alguns profissionais não registram nos instrumentos de notificação a suspeita de acidentes e doenças relacionados ao trabalho. Essa área, a saúde do trabalhador, tem sido uma das áreas reconhecidas por tensionar os modos de organização do processo de trabalho e, inclusive conforme foi identificado em um dos artigos da RAMB, por associar o manuseio de determinados produtos com o aparecimento de doenças. Informar adequadamente a suspeita de relação entre um conjunto de sinais e sintomas com questões relacionadas ao meio ambiente ou o ambiente de trabalho suscitam a produção de mudanças nestes, tornando-os mais saudáveis. Mais do que identificar um *déficit* no exercício da clínica nesses casos, Beatriz questiona o que está sendo feito para sensibilizar os profissionais em relação aos trabalhadores na agricultura, onde também acontecem acidentes e, ainda mais, há uma exposição progressiva aos agrotóxicos que, provavelmente, manifestarão situações de adoecimento em um tempo maior.

É preciso que se faça esses registros, já que eles permitem o conhecimento dos riscos e a produção do adoecimento e sua relação com os “projetos” que ordenam a vida em sociedade. As possibilidades de saúde para as pessoas e a vida mais saudável transitam pelos serviços de saúde.

Por outro lado, é preciso esclarecer melhor as pessoas sobre os riscos e seus modos de vida. Entretanto, há cuidados que devem ser tomados para isso. Há que se garantir a autonomia das pessoas. Informá-las sobre comportamentos saudáveis e riscos implica em preservar suas culturas, em respeitar suas linguagens e seus modos de vida. Deve ser assegurada a autonomia das pessoas, inclusive para questionar e discordar das recomendações oferecidas. Quando discutiu-se as ações voltadas à saúde da mulher [CES, 08/03/2001] o planejamento da distribuição das ações, os fluxos de atendimento e sua regionalização chamaram pouco sua atenção, o interesse maior foi em saber exatamente o que estava sendo proposto para esclarecer as mulheres, nas periferias urbanas e no meio rural, principalmente, sobre problemas concretos: as formas de auto-exame de mama (e os mitos e tabus de tocar no próprio corpo), outras formas de fazer diagnóstico precoce desta e de outras formas de adoecimento, onde buscar serviços de saúde.

Tamanha é a preocupação com preservar a autonomia das pessoas, que nossa cartógrafa auxiliar discute e discorda de um dos principais programas federais na área da saúde: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da Saúde da Família. Em diversos momentos onde essa estratégia foi discutida, para dar cumprimento às normas federais, identificam-se intervenções suas questionando dois aspectos. O primeiro, que já foi registrado, são as formas de garantir que a atenção oferecida pelas equipes desses programas, que têm uma composição padronizada no país inteiro (médico, enfermeiro e agentes de saúde), tenham articulação com os demais serviços, de tal forma que não se tenha apenas um “pacote básico” de procedimentos. Como essas equipes têm sob sua responsabilidade um cardápio padronizado de procedimentos,

a questão apresentada busca respostas para que tecnologias são desenvolvidas para garantir acesso aos procedimentos mais complexos que, conforme já foi identificado, estão mesclados na expectativa de funcionamento do sistema de saúde no espaço do CES/RS. Idéias de planejamento do sistema a partir de padrões de sofisticação tecnológica dos serviços não têm trânsito no território do controle social.

Mas, além deste, outro problema é apontado e estabelece uma relação mais direta com a idéia de autonomia. Agentes Comunitários de Saúde existem há muito tempo nos grupos com os quais nossa cartógrafa auxiliar atua. Bem antes desses programas tornarem-se marca do Governo Federal. São agentes designados pelas suas comunidades e que fazem um trabalho voluntário, fundamentalmente baseado na mediação entre o conhecimento oficial e as várias alternativas populares de atuação na saúde: compõem-se de parteiras, agentes da Pastoral da Saúde, agentes de saúde do Movimento de Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) e outros.

O surgimento de uma categoria “oficial” de agentes de saúde, que têm vínculo empregatício e salários patrocinados pelos governos, estatuto de pertencerem a “equipes oficiais de saúde” e, principalmente, serem escolhidos pelas Secretarias de Saúde a partir de critérios padronizados e sem relação com aqueles avaliados como necessários pelas próprias comunidades, seqüestrou para o espaço dos serviços de saúde “oficiais” um trabalho anteriormente realizado pelas próprias comunidades. Tornou essa categoria de agentes, portanto, bipartida. De um lado os “agentes oficiais”, escolhidos pelos serviços de saúde, treinados com as tecnologias próprias dos serviços e vestidos com uniformes padronizados. De outro lado, aqueles que, como disse em diversas oportunidades no CES/RS, atuam voluntariamente e respondem aos interesses das comunidades. Esses argumentos circunscrevem um conjunto de idéias, vistas também quando se discutiu o projeto do uso de plantas medicinais no SUS/RS, que mostra a preocupação de, além de ampliar o controle e a interferência da própria população na organização e no funcionamento dos serviços, também garantir mecanismos de preservação dos conhecimentos e práticas que são próprios e, muitas vezes, seculares das comunidades, com características próprias de cada uma delas. Essas preocupações foram registradas pela nossa cartógrafa auxiliar já na primeira Reunião Plenária analisada [CES, 21/01/1999], por ocasião da apresentação da nova equipe que assumiu a gestão da SES/RS naquele ano e que apresentou os principais projetos com compromisso de serem desenvolvidos na gestão que se iniciava.

A apresentação do projeto de Política Estadual de Plantas Medicinais no CES/RS [CES, 17/05/2001], realizada por uma comissão composta por diversas Secretarias e Órgãos do Governo do Estado, foi saudada por todos os conselheiros. A conselheira Beatriz, que foi certamente o membro do CES/RS que mais verbalizou a necessidade de um projeto dessa ordem desde a primeira Ata analisada, também o fez e utilizou-se de alguns argumentos relevantes para solicitar a aprovação do projeto pelos demais conselheiros. Seus argumentos apontam os limites da racionalidade médica e dos seus principais insumos, os medicamentos chamados “alopáticos”, e a importância de políticas intersetoriais para dar corpo à atenção qualificada às necessidades de saúde. Entretanto, é na descrição do que espera do projeto que se obtém as idéias mais potentes. Lembra que o uso de plantas medicinais para o tratamento dos adoecimentos é um saber popular e, nessa condição, precisa ser preservado. Espera, portanto, que não seja seqüestrado pelos profissionais de saúde, mas que os mesmos desenvolvam suas pesquisas e aprendam com os agentes populares que as utilizam, principalmente no meio rural. Mostra-se preocupada com as atividades de capacitação anunciadas, já que na sua experiência prévia, além de terem sido preteridas pessoas com origem no meio rural, também foram apresentados somente os conhecimentos acadêmicos sobre o assunto, além daqueles originados nos serviços de vigilância sanitária, que têm se mostrado refratários à produção e ao uso de compostos fitoterápicos. Reforça a necessidade de envolver as populações rurais, principalmente daqueles que cultivam as plantas utilizadas com fins medicinais, já que o uso abusivo de agrotóxicos e a utilização de tecnologias de modificação genética estão “contaminando” o campo e corre-se o risco de, sem um processo educativo mais consistente, produzir-se medicamentos que fazem mal à saúde como alguns que são de uso corrente (refere-se às contra-indicações dos medicamentos alopáticos). Além disso, essa estratégia de incorporar práticas “mais saudáveis” nos serviços de saúde também precisa ter a preocupação com a subsistência dos pequenos produtores rurais, que devem ser estimulados a formar associações para a produção de insumos para a pesquisa e produção dos medicamentos.

Enfim, se associarmos os argumentos utilizados pela cartógrafa auxiliar nessa discussão com aqueles que utilizou quanto foi abordada a situação da Febre Aftosa bovina [CES, 31/05/2001], dos organismos geneticamente modificados (“transgênicos”) [CES, 05/08/1999] e das diversas discussões sobre a elaboração do Código Estadual de Saúde e sobre a Conferência Estadual e Nacional de Vigilância Sanitária teremos exemplos bastante objetivos da transversalidade dos conhecimentos e habilidades necessários para a atuação na saúde, que seja no tratamento do adoecimento das pessoas e da produção de modos saudáveis de vida.

Para nossa cartógrafa auxiliar, como para uma grande parte dos conselheiros que compõem o Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e a rede nacional de conselhos de saúde (há indícios claros da possibilidade dessa transposição nos documentos que consolidam o resultado dos Encontros de Conselheiros e nos Relatórios Finais das últimas Conferências Nacionais de Saúde, bem como nas anotações realizadas e nas *marcas* que esses eventos produziram no cartógrafo), que a saúde não somente faz parte dos modos do andar na vida das pessoas (não é uma oposição ao conceito abstrato de doença), como também precisa ter as ações que visam o restabelecimento das pessoas adoecidas profundamente imbricadas no modo de andar das pessoas. Saúde e adoecimento são situações concretas, encarnadas no corpo das pessoas, como devem sê-lo o aprendizado para os profissionais e a clínica exercida por eles. Mas isso já é uma antecipação da parte final desta Tese, que busca *tecer* as idéias inovadoras encontradas nos dois territórios explorados numa carta desenhada no entorno dos dois conceitos já apresentados: a *clínica nômade* e a *pedagogia médica mestiça*.

TECENDO AS IDÉIAS DA CARTA:

**PEDAGOGIA MÉDICA MESTIÇA
E CLÍNICA NÔMADE PARA AS GENTES
DA DEMOCRACIA COMPLEXA**

De tanto viver em ditaduras, criamos um medo de analisar a democracia contemporânea, entender suas fragilidades, conhecer as necessidades para seu avanço. Caímos na ilusão de que a democracia é uma estrutura, um conjunto de regras e não um processo e um sonho. (Buarque, 2001: 21)

O mapa que compõe esta tese mostrou um desenho oficial de idéias, conhecimentos e práticas (territórios visíveis) com um entrecruzamento ordenado, próprio do paradigma sociocultural moderno, entre o Estado, a Sociedade, a Ciência e a Medicina.

Conforme identificou Boaventura Santos (1997), esse paradigma constituiu-se a partir de uma promessa de equilíbrio entre regulação e emancipação sociais, por meio de uma tensão dinâmica. Entretanto, à medida que a modernidade foi consolidando sua convergência com o modo de produção capitalista, “a tensão entre a regulação e a emancipação entrou em um longo processo histórico de degradação, caracterizado pela gradual e crescente transformação de energias emancipatórias em energias regulatórias” (Santos, 2000: 15).

Nesse contexto, uma ordem pedagógica racionalizadora, assentada na tríade composta por uma dimensão antropológica (que define qual é a configuração “real” do ser humano), uma dimensão metodológica (como se constituem “verdadeiramente” as dimensões individuais e coletivas dessa condição humana) e uma dimensão teleológica (para que se desenvolvem processos para constituir essas “realidades”), incumbiu-se de transversalizar os diversos campos de práticas sociais, inclusive a produção de conhecimentos, para constituir um “modo verdadeiro” de “ser” e “estar” no mundo, universalizando um conjunto de valores capazes de produzir uma certa esfericidade, constituída em torno do que se estabeleceu, com a ordem ocidental moderna, como as possibilidades consideradas legítimas de viver a vida (Dorneles, 1996). Essa ordem pedagógica moderna, derivada da cultura européia que lhe deu origem (seu *norte*), estabelece uma objetivação racionalizada para o ser/existir, a razão científica como o modo de “iluminar” a compreensão do universo e constituir/ordenar os modos de ser/existir e a idéia de progresso (avanço ordenado em direção a maiores gradientes de estabilidade). Em oposição a essas definições e no lugar do ilegítimo, coloca as diversas outras possibilidades de constituir tais dimensões (os *suleamentos*), muitas das quais próprias das alteridades que vão se expressando nas *mestiçagens* latino-americanas, dos seus modos múltiplos de produzir e combinar conhecimentos e sua capacidade de *ir fazendo caminhos ao caminhar*.

Esta ordem moderna, que garantiu à medicina ocidental, na sua configuração emergente no final do Século XVIII (biomedicina), um espaço privilegiado de trânsito pela sociedade, tem sido tensionada. O paradigma sociocultural moderno, no qual esta ordem está assentada, vem demonstrando uma sucessão de crises que apontam para o esgotamento de sua viabilidade. No contexto desta crise, abre-se um conjunto de novas possibilidades de emancipação social, de reinvenção da democracia, de emergência de práticas e racionalidades próprias de grupos sociais, comunidades e sociedades que foram colonizadas pela ordem moderna, institucionalizada num conjunto de valores e práticas que foram se consolidando e apontaram, durante os séculos da sua vigência, regimes de verdade, ordenamentos para o espaço social, configurações identitárias, possibilidades legítimas. Em oposição a elas, aprisionaram-se as demais possibilidades de ser, existir e fazer, que são fortalecidas com a crise que atualmente se apresenta, juntamente com aqueles que foram se engendrando nos lugares periféricos, afastados das luzes da razão moderna.

Especificamente em relação à participação da medicina no contexto da emergência e a crise do paradigma sociocultural moderno, podem ser descritos três atos (Conrandiopoulos, 1996): 1º ato – o triunfo da medicina; 2º ato – a medicina contestada; e 3º ato – a transição para uma medicina renovada. Essa descrição mantém a íntima associação, suficiente para que haja uma freqüente sobreposição de conceitos, entre a medicina como núcleo de saberes e práticas corporativamente constituídos e o setor saúde, conforme foram configurados na ordem moderna.

O *trunfo da medicina* inicia-se, conforme identificou Foucault (1980), com a própria possibilidade de afirmação do paradigma sociocultural moderno, momento em que diversas práticas e racionalidades da medicina foram unificadas em torno da “medicina científica” ou foram constituídas, em oposição, como per-

tencentas ao campo da irracionalidade, da desordem e da barbárie. Essa condição específica que liga o nascimento da clínica moderna à afirmação da racionalidade moderna, é importante lembrar, foi a constituição de um indivíduo com identidade positiva (quando a morte passou a compor a *experiência clínica*, o adoecimento desprende-se da metafísica e passou a “tomar corpo no corpo vivo dos indivíduos”, configurando-lhe também uma existência material e positiva; ou seja na cultura emergente no século XVIII, “o pensamento médico implica de pleno direito o estatuto filosófico do homem”, conforme nos descreve Foucault, 1980: 227-8), uma racionalidade positiva (o método anátomo-clínico, que articula de forma positiva o espaço do corpo individual, a morte e uma ordem de visibilidades e enunciados de linguagem simples, que permite transcender e iluminar o obscuro plano do sensível, que se mantinha até então “inesgotável à descrição”) e um campo de possibilidades com uma direção pré-definida (tornando-se objeto do saber positivo e, portanto, sendo sujeito e objeto do conhecimento, a inversão do jogo da finitude passa a ser o “norte” possível e necessário da humanidade). Essa *pedagogia medicalizadora*, forjada na emergência da medicina moderna, constitui-se na condição de reprodução e preservação da própria configuração emergente no seu campo de atuação, como também, segundo nos demonstrou Foucault (1980), num “lugar determinante (...) na arquitetura das ciências humanas” (p. 228).

Esse processo *triumfal*, que se constituiu fortemente no interior do hospital médico, teve decisivo impulso por decorrência da padronização da formação médica associada ao processo de “globalização” e uniformização das recomendações do Relatório Flexner, em 1910, para o ensino médico e pela sofisticação vertiginosa da tecnologia biomédica (equipamentos e insumos), gerou uma *indiscutível dominação da lógica profissional* (corporativa) na regulação do sistema de saúde, bem como sua ampliação por meio do financiamento estatal (Conrandiopoulos, 1996). Também permitiu a preservação, no processo capitalista de ordenamento dos processos e da força de trabalho, de características próprias da profissão, como o destaque do seu agente nuclear – o médico, sua concepção de prática liberal e autônoma (Schraiber, 1989; Schraiber, 1993; Machado, 1997; Gonçalves, 1998).

O segundo ato da história da medicina moderna ocidental, a *medicina contestada*, é descrito principalmente no contexto dos países onde o Estado de Bem-Estar teve maior expansão (com o início da desintegração dos modelos de políticas sociais dos países socialistas verificou-se o “atenuamento” da necessidade política de um Estado compensador para garantir a sensação de maior qualidade de vida e manter um certo contraste com aqueles países), decorreu a partir da segunda metade da década de 1960, como consequência direta da enorme crise financeira (devida ao aumento de custos dos procedimentos, do aumento do número de médicos, do aumento do acesso às ações e serviços de saúde, do início da crise do próprio modo de produção capitalista) e de uma crise de confiança na medicina e no sistema de saúde (os vertiginosos avanços científicos não se traduziram em equivalentes melhorias na situação de saúde da população). No contexto dessas crises, segundo Conrandiopoulos (1996) um fenômeno no âmbito dos conhecimentos médicos passa a agudizar a crise mais geral pela qual passam os serviços de saúde e as práticas médicas: a diversidade de conhecimentos em circulação, com diferentes concepções de saúde e doença, aponta para caminhos não necessariamente coincidentes. Por um lado, derivado da necessidade de maximizar os recursos e garantir certos níveis de saúde da população, no bojo da ampliação conceito de saúde, passa-se a permitir a implementação massiva de ações de menor custo, com políticas preventivistas¹³⁹, bem como a identificação de focos de risco para concentrá-las e ampliar as escalas de sua produção. Por outro lado, a sofisticação tecnológica posta em circulação também mostra capacidade de interferir nos níveis de saúde da população. Assim, a lógica da atuação médica corporativa e suas intervenções tecnológicas são postas em cheque num ponto especí-

¹³⁹ Madel Luz (1997) faz uma instigante relação entre um dos marcos históricos mais importantes no cenário internacional da saúde, a Conferência de Alma Ata, realizada em 1978 na União Soviética, e um marco da própria crise da medicina. Segundo a autora, reconhecendo a incapacidade da medicina moderna, na sua expressão de sofisticação tecnológica, em resolver os problemas de saúde de expressiva parcela da população, particularmente nos países mais pobres, o diretor geral da Organização Mundial da Saúde apelou, naquela ocasião, para que os governos de todos os países fortalecessem o desenvolvimento de sistemas básicos de atenção à saúde das populações carentes, configurando dessa forma os sistemas de formação de trabalhadores para a área, inclusive com a utilização de práticas e modelos ligados à medicina tradicional.

fico da sua racionalidade hegemônica, já que se compreende que “a melhoria da saúde da população depende, em proporções desconhecidas, da qualidade do ambiente e da prosperidade geral do país e dos serviços de saúde realizados pelos serviços de tratamento” (Conrandiopoulos, 1996: 58). O questionamento do próprio domínio médico (a capacidade de determinar exatamente o problema e sua equivalente solução), como nos diz Rotelli & Cols. (1990), atinge a medicina não somente no cabedal de práticas, senão na sua própria institucionalidade.

Alguns autores mostram associações entre essa crise da idade triunfal da biomedicina, tornada sinônimo do campo de conhecimentos e práticas da saúde, principalmente no contexto dos movimentos de contracultura dos anos de 1960 a 1970, à emergência de outras racionalidades, a importação de antigos sistemas médicos e o mesclamento de práticas de saúde (Luz, 1997). Outro aspecto é associado frequentemente à crise de conhecimentos e de legitimidade para traduzir-se no conceito de saúde da medicina moderna: uma crise de valores. Segundo Conrandiopoulos (1996) essa associação de crises da biomedicina e de sua capacidade de dar respostas unívocas, “obriga as sociedades a fazerem escolhas que podem se apoiar apenas sobre os julgamentos de valor do que é desejável para a coletividade” (p. 58). Esses valores que buscam vigência para operar escolhas políticas no âmbito da saúde, em substituição ao discurso centrado no conhecimento e na prática médica corporativa, usualmente giram em torno de conceitos mais fluidos como solidariedade, equidade, justiça etc., embora sejam “frequentemente escamoteados atrás dos argumentos de eficiência ou de rentabilidade” (idem).

Nesse contexto de crises às quais, no cenário brasileiro, agregam-se as definições do sistema público de saúde, ao menos no seu registro constitucional, fica evidenciado o terceiro ato do contexto da relação da medicina com seu entorno: a busca, por parte de diversos atores sociais, da renovação da medicina e do seu imbricamento com a saúde.

Nesse cenário de crise da biomedicina e da busca de sua renovação, o mapa que compõem essa tese entrecruzou-se com a trajetória do cartógrafo (a carta que se apresenta, para os efeitos deste trabalho acadêmico, como a carta de aquisição dos *conceitos-ferramentas de trabalho*). *Marcas, cicatrizes*, histórias de vida, passagens pelos diversos territórios que envolvem o setor saúde e, em particular das práticas assistenciais, da saúde pública, da gestão do sistema de saúde e da participação popular nesse sistema, assim como uma busca de conhecimentos sistematizados nessas áreas circunvizinhas (algumas vezes um pouco mais distantes de sua fronteira visível) constituíram no cartógrafo, não somente a percepção da crise, como também a motivação pela busca de novos campos de possibilidade para a medicina e para a saúde. Essa é a condição que desencadeou a busca dos espaços acadêmicos (na medicina, na saúde pública, na educação), no espaço de práticas dessas áreas e nos movimentos de luta por modos mais justos, saudáveis e protagônicos de *andar a vida*. É, portanto, a própria condição de emergência do desafio de tecer, desde as ferramentas adquiridas nessas áreas e nesses espaços, uma cartografia com idéias inovadoras à formação e à prática médicas.

No percurso pelos territórios que constituíram o campo de busca dessas idéias, constatou-se, enfática e reiteradamente, descritores da crise da medicina, bem como de sua racionalidade hegemônica. Mas foram encontradas idéias potentes não somente para constituir o conjunto de possibilidades que denominei, desde minha própria carta, de *clínica nômade*, mas também elementos para configurar tecnologias para sua produção, ou seja, o que passei a caracterizar como uma *pedagogia médica mestiça*.

Das idéias inovadoras registradas pelo cartógrafo, a título de finalização desta cartografia (que quer constituir visibilidade também sobre outras áreas para pesquisa e, portanto, manter-se inconclusa), quero agregar as idéias mais potentes em torno desses dois conceitos, manufaturados no processo de produção acadêmica pós-graduada. Esses conceitos configuraram, para além até das expectativas iniciais de buscar idéias que pudessem constituir campos de possibilidades para a clínica e a pedagogia médicas que acreditava emergentes no contexto da crise, a abertura de novas fronteiras, *ao sul*, para o Território da Medicina: uma pedagogia que permite chegar à medicina pela sua fronteira sul e uma clínica suleadora. Ou seja, mais do que contemplar o trabalho acadêmico com um resultado positivo, a carta permite visualizar novas configurações para o próprio Território da Medicina.

Como se viu, no contexto da crise medicina moderna, não foi somente a clínica que sofreu conseqüências: sua pedagogia medicalizadora também foi afetada. A visão antropológica (constituída sobre um

plano de identidades representadas na dicotomia médico-paciente), a visão metodológica (fundamentada no conhecimento anatomopatológico) e a visão teleológica (orientada pelo progresso tecnológico e pelo desafio do domínio sobre a doença e a morte) da biomedicina sofreram fortes tensões, identificadas no Território da Medicina e no Território do Conselho. Os tensionamentos, que atingiram essas três dimensões conceituais nos dois territórios pesquisados, criaram campos de possibilidades que, não somente mostraram-se inovadoras, como também permitem a expressão de modos *fronteiriços-e-movediços* muito particulares, tanto para a pedagogia médica quanto para a clínica. Esses campos de possibilidades são compostos pelas idéias cartografadas, cumprindo assim os objetivos do trabalho acadêmico.

A pedagogia médica emergente não é, na realidade, uma combinação precisa de visões uniformes de cada um dos seus três componentes, de forma equivalente à pedagogia medicalizadora da biomedicina. Trata-se, na realidade, muito mais do potencial de ruptura com aquela configuração vigente do que sua substituição por outra combinação equivalente. Entretanto, para além da heterogeneidade e multiplicidade de sentidos em cada uma das visões que nos mostra a emergência de idéias inovadoras, há um recorte mais expressivo que é comum às três dimensões dessa(s) pedagogia(s) médica(s) emergente(s): uma *mestiçagem* que lhe é constitutiva. Ou seja, em qualquer das suas dimensões, o que há de comum e mais potente entre as idéias cartografadas é a emergência de possibilidades que eram consideradas “impuras” pela pedagogia e pela medicina científica. Emergência para um espaço que dá visibilidade ao protagonismo dinâmico, instável, dessas idéias e dos atores que as formulam. Não se trata de substituir o que se constituiu como dominante pelo que, mesmo que diverso e heterogêneo, foi colonizado e silenciado. Trata-se de uma *mestiçagem* mesmo: um amplo espectro de combinações que têm em comum entre si apenas o fato de constituir-se num potente espectro de possibilidades em movimento. Ou, conforme define Serres (1993), são os lugares que estão entre uma margem e outra do rio; é o espaço pelo qual se transita: é a larga estrada que está entre duas cristas: “das instituições da ciência e das colinas do silêncio” (p. 106).

Esta *mestiçagem* captada, aliás, tem uma característica própria dos territórios localizados ao *sul*. No que se refere aos sistemas de práticas e racionalidades médicas, o continente latino-americano, *mestiço* por condição de existência, é pródigo em apresentar tais *mestiçagens*. Além da biomedicina, Madel Luz (1997) reconheceu pelo menos três outros grandes grupos de medicinas na atualidade: as tradicionais indígenas, as de origem afro-americana e as “medicinas alternativas”, derivadas de sistemas médicos altamente complexos (a medicina tradicional chinesa, a medicina ayurvédica indiana, a homeopatia e suas reinterpretações e reapropriações feitas pela cultura ocidental). Além destes grupos, a autora identifica a existência, em nosso meio, de “práticas terapêuticas” não associadas a sistemas de racionalidade específicas, bem como um sem número de combinações de elementos desses sistemas complexos tradicionais, segundo arranjos próprios de terapeutas e da sua clientela, no que é classificado como um “sincretismo institucional nos serviços de saúde” (p. 28).

A dimensão antropológica é um bom exemplo das *mestiçagens* dessa pedagogia médica emergente. Registros de inovação foram coletados não somente em relação ao “outro” da clínica médica, mas também daqueles que a exercem. A emergência, a tensão e a fratura, evidentemente, estarão mais visíveis quanto mais distante do centro do que se constituiu como hegemônico alcançar nossa análise. Essa é outra das características que me faz optar pela designação de *mestiça* para essa pedagogia¹⁴⁰. Por decorrência da variedade de aspectos, que põem em questão a uniformização identitária do humano e rompe-lhe seus limites visíveis, associados a um compromisso ético-estético-político (Rolnik, 1993), que é próprio da clínica (da clínica *que se quer clínica*), surgem idéias que a desterritorializam também, tornando-a uma *clínica nômade* e ancorando-a não mais em uma racionalidade cognitivo-instrumental própria, conforme o fez a “medicina científica”, mas em um compromisso político com a afirmação da vida.

¹⁴⁰ Quando fala da vida, Serres (1993) utiliza-se, novamente, da *mestiçagem* para identificar o limite da ciência. A carne e o sangue mestiços, que a ciência não vê, compõem a vida concreta: “a ciência fala de órgãos, de funções, de células e de moléculas para finalmente confessar: faz tempo que não se fala mais de vida nos laboratórios; mas ela nunca se refere à carne que, precisamente, designa, num dado lugar do corpo, aqui e agora, a mistura de músculos e de sangue, de pele e pêlos, de ossos, nervos e de funções diversas, que mescla aquilo que o saber pertinente analisa. A vida joga os dados e embaralha as cartas” (p. 5).

A construção epistemológica moderna da doença, sua absorção num campo de tecnologias discursivas (a *experiência clínica*) e o assujeitamento dos atores da cena do cuidado em saúde (médicos e “pacientes”) mostraram ser os principais aspectos da crise da medicina. Essa constatação foi recorrente no Território da Medicina e no Território do Conselho, embora mais intensa em idéias e práticas no segundo território e nas fronteiras do primeiro (outras racionalidades e práticas médicas não dominantes, mas também nas disputas corporativas e nas discussões mais desestabilizadoras, como relativamente à morte).

As idéias inovadoras captadas mostram uma heterogeneidade móvel, apontam para uma *mestiçagem* na visão do humano, objetualizado pela biomedicina: sejam homens e mulheres que buscam cuidados (“pacientes”, na racionalidade biomédica), mas também homens e mulheres médicos, estudantes, trabalhadores em saúde. Não se trata, em nenhum caso, de uma unidade fixa, de um conceito puro, de um único e exclusivo papel a desempenhar.

Em relação ao “paciente”, há três aspectos importantes que apontam para uma fratura nessa abstração medicalizada e totalizante: uma diversidade bem evidente deste “ser” e seus modos de *estar no mundo* e a necessidade de seu protagonismo na ação de saúde (em qualquer dos lugares da cena da atenção à saúde que momentaneamente estiver ocupando), mas também a existência concomitante de um paciente, tal qual o define a racionalidade médica dominante, que demanda cuidados. As idéias captadas mostram um grande desafio para a clínica: utilizar-se de mecanismos que permitam *enxergar/escutar* a diversidade que se expressa em cada situação de atendimento (em substituição à abstração na doença universalizada), reconfigurar-se a partir dessa diversidade para propor ações que se adequem à situação concreta e única do momento do contato do profissional com o usuário *encarnado* (em substituição às identidades universais do “paciente” e do “médico”, bem como das tecnologias terapêuticas padronizadas que operam desde a *experiência clínica* moderna que, tal qual um *software*, emite operações fixas ante estímulos pré-definidos) e combinar-se lateralmente com outros conhecimentos e práticas, bem como nas possibilidades de atenção oferecidas por outros serviços do sistema de saúde, para oferecer os melhores cuidados ao usuário (em substituição à lógica da autonomia da prática de cada um dos profissionais em detrimento da qualidade de atenção ao usuário).

Se o reconhecimento da existência de um ser *mestiço* impõe a reconfiguração local (em cada situação concreta de atendimento) da clínica, com o uso de novos dispositivos para seu exercício (*escuta à vida*), há também uma outra decorrência dessa quebra. Um conjunto de idéias inovadoras, agrupadas em torno do princípio bioético da autonomia, agrega mais um plano de complexidade no conceito do “outro” da clínica e no seu próprio exercício. As ações de cuidado precisam assegurar menos a sedação da doença e mais padrões progressivos de autonomia para o usuário. O resultado primeiro do cuidado é aumentar a qualidade do *andar a vida* de cada um, o que torna a clínica, definitivamente, não mais a arte de aplicar a ciência do cuidado (MBE), mas a ciência de aplicar a arte do cuidado.

Um terceiro aspecto na concepção do “outro”, que também está no plano das idéias inovadoras identificadas é, justamente, a concomitância, nesses planos de inovação, do “paciente” da racionalidade biomédica. A visão absoluta dessa abstração é anunciada como francamente inadequada no Território do Conselho, insuficiente nas racionalidades e práticas não hegemônicas e incompleta mesmo na própria clínica biomédica (espera-se que o “paciente” não somente busque o atendimento, como também que se deixe medicar e siga as recomendações; tenha, portanto, um protagonismo, mesmo que atenuado pela orientação do discurso médico). Entretanto, não há uma negação radical da condição de submeter-se aos cuidados profissionais no momento do adoecimento. Em nenhum dos territórios se evidenciou qualquer idéia que propusesse a negação completa dos cuidados médicos, mesmo que estes objetualizem duplamente o sujeito num organismo e na doença em lapsos de tempo durante a ação assistencial. Na situação limítrofe, quando essa objetualização reduz drasticamente a possibilidade de protagonismo, conforme foi registrado no próprio Território da Medicina, sabe-se que o doente que busca a tecnologia biomédica (onde se submete pacientemente no momento da assistência direta, se assim lhe for imposto), concomitantemente, poderá buscar outras práticas e o cuidado em outras racionalidades ou, mesmo, não implementará as recomendações da forma como foram prescritas. Ou seja, mesmo do ponto de vista da ciência normal, o “paciente” não é um conceito perfeito.

Para além desse limite da abstração médica, o humano que emerge de algumas práticas de saúde (no Território da Medicina que se mostra nômade, ou seja, na sua periferia institucional) e na aproximação

feita pela sua *fronteira ao sul* (inclusive pelo Território do Conselho), é um ser encarnado, com características singulares e formas próprias de *andar a vida*. Quando está adoecido, sofre concretamente. Sua dor não é um abstrato sintoma, produzido por um conjunto de fenômenos eletroquímicos anormais instalados em algum lugar no conjunto dos seus órgãos. Sua morte não é apenas o silêncio do tronco encefálico e mesmo os fragmentos de seu corpo, por ocasião da sua “morte encefálica” (a morte decretada pelo médico) não são apenas insumos ou peças a serem deslocadas para outros organismos (e quando o transplante é feito, o corpo que o recebe torna-se ainda mais *mestiço*). A vida mesma não é apenas um silêncio passivo e a saúde não é um estado de “equilíbrio” no funcionamento dos órgãos. Não há uma máquina humana sincronizada: há um corpo que sofre, que se transmuta constantemente, recheado de devires e prenhes de possibilidades, que demanda cuidado solidário e escuta sensível.

Embora “paciente” diante de um profissional que assim o procura constituir, o ser que expressa necessidade de cuidado leva consigo à busca de atenção à saúde suas “inteirezas” (como nos dizia Paulo Freire) e é dessa forma que precisa ser compreendido. A redução dessas múltiplas *inteirezas*, que são próprias do humano, à abstração universalizante do “paciente”, constituído por um conjunto de órgãos e portador de um conjunto de sinais e sintomas enunciáveis (o diagnóstico) como uma doença (disfunção de órgãos, desordenamento de fenômenos fisio-químicos), a partir de uma *experiência clínica* universal, para torná-lo objeto de uma solução terapêutica ótima; essa redução tem-se mostrado reconhecidamente menos eficaz (para atuar sobre a saúde) e menos legítima (para circular pelos serviços de saúde).

Não há uma máquina, há um corpo pulsátil e concreto, composto por duas “superfícies”. Uma superfície visível registra marcas da história, da sua localização nos espaços e nos tempos sociais, sua condição de gênero, as cicatrizes dos diversos processos de disciplinamento (no sistema educacional, no sistema de saúde, no sistema judiciário etc.). Essa superfície está marcada pelos processos de subjetivação social, que buscam aprisioná-la numa identidade fixa. Mas há também uma superfície invisível, incrustada nas dobras do corpo, com forças em movimento, afetos, devires, alteridades. Essa precisa ser *escutada e enxergada* como *vida que pode vingar* e, portanto, singular. Precisa, portanto, ser mobilizada no cuidado de saúde.

Se a biomedicina conseguiu criar a possibilidade de forjar uma saúde padronizada e constituir, em consonância com as demais instituições da sociedade, uma identidade fixa sobre a superfície visível (mesmo daquela tornada visível pelo olhar do médico no interior desvelado do corpo), nessa outra superfície, invisível e composta nas dobras do corpo, há mil saúdes, como nos disse Rotelli. Nesta superfície está a Grande Saúde, da qual nos falava Nietzsche. É abissal a diferença do ser aprisionado pela identidade que lhe é constituída, no espaço social, mas também no espaço da relação com os serviços de saúde, e do ser pulsátil e móvel, de existência concreta e que, em momentos diversos da vida, demanda cuidados médicos. O momento atual da configuração do sistema de saúde penhora a essas idéias uma potência maior do que aquela do encontro individual de um usuário com um profissional, num espaço reservado nos serviços de saúde. Elas podem, por decorrência das disposições legais, circular pelo próprio sistema de saúde e *contaminar* o seu modo de funcionamento: o “paciente” do discurso médico também participa das estruturas híbridas que deliberam sobre prioridades, uso dos recursos e sobre parâmetros de qualidade para o sistema como um todo e para as práticas específicas no seu interior.

O adoecimento também não é um fenômeno individual. O sofrimento concreto e as conseqüências reais do adoecimento relacionam-se com o grupo social, com a família, com a comunidade. Não há uma identidade isolada, uma célula errante, por ocasião do adoecimento. E esta dimensão coletiva do ser, que é múltiplo e *mestiço*, também demanda cuidados e a escuta sensível dos serviços, cuidados não centrados no olhar vigilante e disciplinador da tecnologia (que também é social) da biomedicina.

Se há mil saúdes inscritas no campo de possibilidades do humano (individual-e-coletivo), elas só tomam vigência se houver protagonismo, se elas forem suscitadas a emergirem e se houver disposição (abertura/exposição). O protagonismo torna possível a emergência de uma infinidade de “outros”. O indivíduo, com seu organismo e sua identidade, forjados pela modernidade, não faz sentido nessa *visão antropológica mestiça* que aparece como inovação nos territórios cartografados.

Essa *mestiçagem*, entretanto, não é somente relativa ao “outro” da clínica. Também o é para o “sujeito” da clínica biomédica. O médico precisa ter capacidade de escuta, de *escuta à vida*, de tornar-se outro no contato com as pessoas adoecidas, com seu sofrimento. Precisa reconstruir seu próprio saber e não ape-

nas aplicá-lo automaticamente. O conhecimento científico é apenas uma das margens do rio, na comparação com a metáfora de Michel Serres. Essa idéia de protagonismo e de movimento ficou visível na tensão que produziu a Medicina Baseada em Evidências, bem como na resistência que os demais dispositivos disciplinares que as entidades médicas fizeram circular no período analisado. Na macropolítica da medicina (a política institucional) essa tensão foi sedada por esses dispositivos, que não foram suficientes para anulá-la completamente no espaço das práticas dos profissionais. Os profissionais precisam ter/desenvolver a capacidade de reconstruir seus conhecimentos no contato com os outros (os usuários), mas também com seus sentimentos/afetos (contato com seus *devires*). Há um conjunto de idéias similares a esse respeito na periferia do Território oficial da Medicina e no Território do Conselho.

Mas não basta que o médico tenha capacidade de *escuta* do seu cliente, tampouco que seja capaz de dar mobilidade ao seu conhecimento, de torná-lo suficiente para o complexo conjunto de elementos que produzem e configuram o sofrimento da pessoa adoecida. É preciso que ele saiba combinar os conhecimentos do seu núcleo específico (sua especialidade) com outros conhecimentos: os conhecimentos mais gerais da sua “especialidade-raíz”, do campo de conhecimentos e habilidades específicos da medicina, da área da saúde e do funcionamento do sistema de saúde, dos saberes próprios daqueles que procuram seus cuidados, dos conhecimentos “dispersos” pelo seu entorno e que tornam complexo o diagnóstico e o prognóstico das doenças (os “problemas” que a contemporaneidade produziu à medicina, conforme se diz no seu território oficial); é preciso que ele saiba produzir conhecimentos próprios no momento e no espaço em que exerce sua clínica. Essas idéias, ao mesmo tempo em que descrevem uma necessidade de protagonismo que fratura o “sujeito” médico constituído pela medicina moderna (“portador” de uma *experiência clínica* “pura” que configura suas ações), também anunciam, desde o Território da Medicina, um novo “modo” de exercício da clínica, com uma mestiçagem de conhecimentos, incluindo conhecimentos e habilidades “impuros” para sua prática (de fora do campo da medicina). Ora, dessa forma, mestiça também é a metodologia emergente para o exercício da clínica, mesmo quando é proposta no Território da Medicina, principalmente nas suas fronteiras.

Nesse aspecto há uma diferença importante no conjunto de idéias inovadoras identificadas e que são relativas aos aspectos metodológicos do exercício da clínica: algumas delas, no Território da Medicina, estiveram associadas claramente à idéia de ampliação do espaço de domínio corporativo. A necessidade de ampliar e tornar mais heterogêneo o conjunto de conhecimentos e habilidades responderia, nessa perspectiva, à ampliação das possibilidades das “novas ambições da medicina”. Mas, mesmo nas idéias inovadoras que circularam por esse território, a maior frequência delas dá conta da necessidade de superar os limites instituídos pela racionalidade médica hegemônica. Essa é uma necessidade intrínseca à clínica contemporânea, já que um dos elementos reconhecidos de sua crise é um *déficit* de conhecimentos e, para o campo argumentativo representado por essas idéias, não basta apenas captar as “melhores evidências científicas”: não é exatamente a diversidade de práticas e de conhecimentos que subsidiam a clínica o problema que está no centro do *déficit* verificado.

Tecendo apenas as idéias desses dois campos argumentativos localizados no Território da Medicina, teríamos desdobramentos distintos na visão antropológica relativa ao profissional que a exerce: numa delas teríamos um “sujeito” médico fortalecido, ventríloco dos discursos e das tecnologias forjadas corporativamente com os “novos” conhecimentos, que assume um leque de conhecimentos com intuito menos de ampliar sua intervenção clínica e mais para fortalecer sua intervenção sobre o sistema de saúde que o circunda¹⁴¹; noutra perspectiva, mais fortalecedora da condição de protagonismo, está suscitada a configuração de uma clínica capaz de liberar-se do *script* pré-determinado de discursos e práticas e combinar conhecimen-

¹⁴¹ É ilustrativo dessa condição o argumento utilizado no editorial de economia da saúde, na ocasião do anúncio da mudança no perfil editorial da RAMB, onde se diz que conhecimentos desse campo são mais efetivos para interferir nas decisões dos gestores da saúde e, nessa medida, importantes para a medicina. Trata-se de conhecimentos que não restringem a experiência clínica ao ordenamento que lhe quer dar, por exemplo, o campo argumentativo da Medicina Baseada em Evidências, mas também não tem capacidade de ampliar, para o exercício da clínica e de forma relevante, o protagonismo do médico. Mais do que fortalecer o protagonismo, essa situação ilustra melhor uma situação em que há o assujeitamento de um mesmo indivíduo (o médico) por diversos discursos ou, dito de outra forma, o indivíduo assumindo o papel de diferentes sujeitos, sendo objeto de vários conhecimentos, numa referência apropriada da análise da construção do sujeito em Foucault feita por Araújo (2000).

tos mestiços e a situação concreta de cada encontro para o exercício da clínica. Essa segunda perspectiva constituiria, seguramente, a possibilidade de uma clínica nômade. Entretanto, o conjunto de idéias cartografadas no Território da Medicina a esse respeito não descarta o risco de constituir uma visão antropológica idealizada, autônoma e que, de certa forma, fortaleceria a idéia de um ser superior, capaz de subordinar, novamente, aquele que procura seu conhecimento. Algumas idéias capturadas nas discussões da bioética, particularmente quando relativas à morte e ao morrer, atenuam esse risco.

Nesse contexto, algumas idéias mostraram a necessidade de combinar, pela interação interdisciplinar e pelo contato sensível com os conhecimentos dos usuários, as melhores composições de conhecimentos: afirmava-se que é preciso a capacidade de combinação lateral de conhecimentos e práticas; que há uma horizontalidade entre os diversos planos de *saberes* e de *fazer*es que estão associados no momento do exercício da clínica e é uma combinação de conhecimentos e práticas o mais próximo possível desse plano de horizontalidade (horizontalidade entre os conhecimentos das várias profissões, mas também o protagonismo informado do usuário e de seus familiares) que potencializa a clínica. Ou seja, o traço mais forte da *mestiçagem* relativa à visão metodológica diz respeito a uma certa sensibilidade/abertura ao outro (profissional e usuário). Ou, como se disse anteriormente, de um compromisso estético, capaz de expressar-se em novos arranjos para a clínica no contato com as diferenças com que se depara a cada atendimento.

Entretanto, no Território do Conselho, o médico – como os demais trabalhadores de saúde – tem sua condição humana reconhecida com mais ênfase: não há necessidade de que seja infalível ou que tenha um grande domínio horizontal (complexidade de conhecimentos e práticas) de uma vasta quantidade de núcleos de conhecimento (sofisticação de conhecimentos e práticas). Mais do que a autonomia/auto-suficiência do médico (que, nas idéias que circularam no Território da Medicina, torna a especialização fragmentadora num grande problema para o médico) no Território do Conselho a idéia que tem mais vigência, que descreve o acesso resolutivo aos serviços, é a capacidade de escuta dos profissionais e a sua capacidade de associar-se horizontalmente com outros trabalhadores e com o funcionamento de outros serviços.

Emerge assim, mais um plano de idéias, que é relativo ao modo de exercício da clínica e diz respeito à expectativa do domínio individual do máximo de sofisticação de conhecimentos (decorrente da expectativa de exercício autônomo), mais freqüente no Território da Medicina, e à expectativa de um domínio horizontal e uma sensibilidade individual, capazes de compor uma complexidade de conhecimentos suficientes para fortalecer a resolutividade dos cuidados. Entrecruzam-se, novamente, em ambos os territórios, as visões antropológicas e metodológicas. Outra dimensão, a teleológica, também está imbricada nessa íntima associação entre essas dimensões. Antes de tecer mais esse plano de idéias, é importante localizar essas duas primeiras dimensões no processo de formação dos profissionais.

No Território da Medicina, o “ser” estudante e a aprendizagem foram abordados muito superficialmente. Apenas dois artigos mostraram, de forma clara, idéias inovadoras acerca desse indivíduo. Nesses, que tiveram um trânsito bastante discreto, avaliou-se a necessidade de reconhecer perfil e expectativas do estudante para orientar o processo de formação, bem como de se prover, no processo de formação, espaços de vivência do estudante na rede de serviços. Mais do que volume de conhecimentos técnicos adquiridos por contato, diz-se nesses discretos fragmentos dos documentos analisados que é preciso desenvolver tecnologias para o contato com o diverso: é preciso *deixar-se mestiçar* para o aprendizado da clínica. O aprendizado, e o aprendiz por extensão, precisam desenvolver um protagonismo, caracterizado principalmente pela abertura à *experiência vivencial* do cotidiano desordenado dos serviços¹⁴².

Essas idéias, relativamente ao aprendiz e ao aprendizado, têm mais vigência no espaço do Conselho: a experiência vivencial e o protagonismo do estudante devem ser constitutivos de sua clínica e projetos e atividades são propostos para isso. Espera-se que desenvolvam o compromisso ético e político com o

¹⁴² Diferencio aqui duas categorias que são a base da experiência clínica “pura” (como foi talhada pela biomedicina e denunciada por Foucault) e a experiência vivencial, derivada da demodiversidade (que foi proposta por Boaventura Santos). No primeiro, o indivíduo é assujeitado pela construção epistemológica da doença e pelo discurso biomédico. No segundo, há que desenvolver sensibilidade para deixar-se transformar pelos conhecimentos, culturas, forças e outras formas de alteridade.

sistema de saúde (não somente na internalidade dos serviços assistenciais, mas nos demais ambientes por onde circulam instrumentos, fluxos, usuários, trabalhadores, gerentes de serviços e gestores, particularmente nos espaços onde se exerce o controle social) e que, associando-o ao conhecimento biomédico e à sensibilidade aos demais conhecimentos e racionalidades do campo da saúde (das demais profissões, das demais práticas, mas também do conhecimento pragmático dos usuários), exerçam sua clínica. A clínica, assim exercida, com uma combinação de sofisticação e de complexidade de conhecimentos e práticas, orientadas pelo compromisso ético, estético e político nos conduzem a outro dos conceitos que foram tecidos nessa tese: a clínica nômade.

O compromisso político que é proposto e demandado à clínica é relativo à defesa da vida, da saúde e do sistema de saúde tal qual está desenhado constitucionalmente. Nesse sistema, um conceito ampliado de saúde, uma expectativa diferenciada acerca das práticas de cuidado e uma combinação complexa de conhecimentos estão associados ao conceito de *integralidade com equidade*. E, dessa combinação inovadora de conceitos, surge a necessidade de *escuta à vida*, como dispositivo para a produção de saúde, mas também, por decorrência, a luta contra o que atenua e seda qualquer das *mil saúdes* possíveis a cada momento. Assim, mais do que o progresso tecnológico e o fortalecimento corporativo, é preciso *ir fundo* (como diz nossa cartógrafa auxiliar) no que produz adoecimentos, no que serializa e disciplina os sonhos, no que boqueia a emergência de projetos mais saudáveis e democráticos de sociedade e no que aprisiona o humano a identidades fixas e definidas aprioristicamente. O compromisso político da clínica, *nômade porque clínica* e porque defensora da vida, desdobra-se, dessa forma, no dever de ofício de tornar presentes (de *fazer vingar*) possibilidades mais saudáveis de futuro, heterogêneas, *mestiças* e sensíveis, assim como a saúde requer.

Essas idéias capturadas na cartografia, que não são dominantes no Território da Medicina e tampouco têm vigência plena no sistema de saúde atual, vêm mostrando potência para encadear mudanças. Mostram, na medida da sua viabilidade, que a inovação, tal qual foi proposta por Boaventura Santos (1989; 1997), mais do que um recurso conceitual e/ou metodológico, pode representar um plano de possibilidades em emergência da atual crise paradigmática da modernidade. Especificamente no que se refere ao ensino universitário, a inovação mostrou-se, também nas idéias cartografadas nessa Tese, capaz de revitalizar a formação, conforme já identificado por Leite e Cols. (1995) em estudos anteriores.

Nesse aspecto, para além das idéias já registradas nos territórios pesquisados, é importante destacar que enquanto as últimas considerações eram apostas nessa Tese, concretizavam-se algumas das idéias cartografadas. Finalizava-se o 1º Congresso Gaúcho de Estudantes Universitários da Saúde (Estudantes Agindo SUS), promovido pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS) e pelo Núcleo Estudantil de Trabalhos em Saúde Coletiva (Netesc). Essa atividade interdisciplinar, organizada com forte protagonismo discente, teve participação das entidades científicas da medicina, da odontologia e da enfermagem e discutiu concepções de saúde, o Sistema Único de Saúde e a formação de trabalhadores para o SUS. Essa atividade sucedeu dois Estágios de Vivência no SUS, em janeiro e agosto, onde os estudantes participantes tomaram contato com o sistema de saúde tal qual está organizado e com as condições concretas que oferece para os trabalhadores que absorve. Não se tratou apenas de uma mudança no que se refere ao “cenário” da aprendizagem e sim de uma quebra na relação que estabelece que o objeto de trabalho dos profissionais da saúde é a doença e, portanto, sua aprendizagem está voltada para a assistência e o espaço privilegiado para o ensino, quando consegue transbordar os limites do hospital de ensino, o faz para o espaço dos serviços assistenciais (onde a lógica de funcionamento, as hierarquias de atuação profissional e dos conhecimentos e o protagonismo dos usuários preservam os aprendizados feitos no cenário tradicional). Os estágios de vivência propõem que o objetivo do trabalho dos profissionais seja a saúde das pessoas e os espaços da aprendizagem passem a ser os espaços onde a saúde possa ser engendrada. No que se refere ao sistema público de saúde, não basta o asséptico aprendizado no espaço reduzido da atenção individual no interior dos serviços. É preciso identificar como os serviços funcionam e como se articulam entre si, como são formuladas as políticas de saúde que orientam seu funcionamento e como usuários, trabalhadores, serviços e demais instituições constroem suas relações e seu modo de existência. Essas atividades, que envolveram um grande número de estudantes e mobilizaram as entidades profissionais, o sistema estadual de saúde e diversas entidades, conseguiram dar passagem a idéias inovadoras e sensibilizaram de forma importante os seus

participantes para os desafios propostos pelo SUS. Proporcionaram o exercício concreto da clínica e da pedagogia médica emergentes que não são áreas de domínio profissional corporativo, mas uma nova aproximação das áreas de conhecimentos e práticas em saúde entre si e com a idéia mais potente de saúde.

Na perspectiva que apontam as idéias inovadoras capturadas no Território da Medicina e no Território do Conselho, há nascentes de inovação que transbordam para um território mais ampliado, da saúde, de uma Grande Saúde. Como nos disse Nietzsche (1999): “Nós, os novos, os sem-nome, os difíceis de entender, nós, os nascidos cedo de um futuro ainda indemonstrado – nós precisamos, para um novo fim, também de um novo meio, ou seja, de uma nova saúde, de uma saúde mais forte, mais engenhosa, mais tenaz, mais temerária, mais alegre, do que todas as saúdes que houve até agora. (...) Da Grande Saúde – de uma saúde tal, que não somente se tem, mas que também constantemente se conquista ainda, e se tem de conquistar, porque sempre se abre mão dela outra vez, e se tem de abrir mão!” (p. 206-7).

Dito de outro modo, citando agora a nossa cartógrafa auxiliar, o desafio colocado aos profissionais, usuários e gestores da saúde é o de descobrir constantemente novas saúdes, *para a luta valer a pena*.

BIBLIOGRAFIA

ACHUTTI, Aloyzio Cechella; POLANCZYK, Carisi Anne; BENIA, Luis Roberto. Febre reumática e prevenção de endocardite infecciosa. Em.: DUNCAN, Bruce B. et al. Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. 2ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

ALMEIDA, Célia. Novos modelos de atenção à saúde - Bases conceituais e experiências de mudanças. Em: COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes (Org.). Políticas de saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro: Secretaria de Desenvolvimento Educacional: Escola Nacional de Saúde Pública, 1996. p. 69 - 98.

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; CHIORO, Arthur; ZIONI, Fabíola. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. Em WESTPHAL, Márcia Faria; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de (Orgs.). Gestão de Serviços de Saúde. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001. p. 13 – 71. (Série Acadêmica, 37).

ALMEIDA, Marcio José de. Educação médica e saúde: possibilidades de mudança. Londrina: UEL; Rio de Janeiro: ABEM, 1999.

ALVES, Rubem. A festa de Maria. Campinas: Papirus, 1996.

AMÂNCIO FILHO, Antenor; MOREIRA, M. Cecília G. B. (org.). Saúde, trabalho e formação profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

ABEM. Médicos formados no Brasil: 1997 a 2000. Rio de Janeiro: ABEM, 2001. (Série Documentos, 14).

AMB. Estatuto da Associação Médica Brasileira. 2000a. Disponível em: <<http://amb.connectmed.com.br>>.

_____. Coletânea de textos. 2000b. Disponível em: <<http://amb.connectmed.com.br>>.

AMB/CFM. Projeto Diretrizes. 2001a. Disponível em: <<http://amb.connectmed.com.br/site/diretrizes>>.

_____. Planejamento estratégico da Associação Médica Brasileira e do Conselho Federal de Medicina. 2001b. Disponível em: <<http://amb.connectmed.com.br/site/diretrizes>>.

ANDRADE, Régis de Castro. Kant: a liberdade, o indivíduo e a república. In: WEFFORT, Francisco C. (Org.). Os clássicos da política. 5ª edição. São Paulo: Ática, 1995. v. 2, p. 13-46.

ARAÚJO, Inês Lacerda. Foucault e a crítica do sujeito. Curitiba: UFPR, 2000.

ASSAD, Maria Aparecida do Carmo. A interdisciplinaridade na área da saúde da Universidade Estadual de Londrina: análise de um programa. 1999. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, 1999.

ASSTEPLAN. Assessoria Técnica e de Planejamento, Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Perfil do Sistema de Saúde. Org. de FERLA, Alcindo Antônio et al. Porto Alegre: SES/RS, 2002.

BAHIA, Lígia. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. Em: NEGRI, Barjas; GIOVANNI, Geraldo Di (Orgs.). Brasil: radiografia da saúde. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2001. p. 325 –361

BERBEL, Neusi A. Navas. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 1, n. 2, p. 139 – 154, 1998.

BERLINGUER, Giovanni. A doença. São Paulo: Hucitec, 1998.

- BIRMAN, Joel. A clínica entre saber e poder. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 7–12, 1997.
- _____. Os sentidos da saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7–12, 1999.
- BOEMER, Magali R. A morte e o morrer. São Paulo: Cortez, 1986.
- BOLTANSKI, Luc. As classes sociais e o corpo. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- BONET, Octavio. Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem em Biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 123–150, 1999.
- BOSCÁN, Marianela Castés. Medicina alternativa (¿Medicina complementaria?) como fenómeno social: hacia la construcción de un nuevo modelo de salud. Em: BRICEÑO-LEÓN, Roberto; MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA Jr., Carlos E. A. (Orgs.). *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 41–52.
- BOTSARIS, Alex. Sem anestesia: o desabafo de um médico. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- BRAGA, Ana Maria; GENRO, Maria Elly; LEITE, Denise B. Universidade futurante: inovação entre as certezas do passado e as incertezas do futuro. Em: LEITE, Denise B.; MOROSINI, Marília (Org.). *Universidade futurante: produção do ensino e inovação*. Campinas: Papirus, 1997. p. 21-37.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues. A educação como cultura. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- _____. Fazer juntos, conhecer juntos. Em: TRINDADE, Iole Maria Faviero; FERLA, Alcindo Antônio (orgs.). *Uma escola vivida e pesquisada: relatório de pesquisa*. 2ª ed. Porto Alegre: E.M. Gilberto Jorge: NEP/UFRGS, 1997. p. 10 - 2.
- BRANDÃO, Gildo Marçal. Hegel: o Estado como realização histórica da liberdade. In: WEFFORT, Francisco C. (Org.). *Os clássicos da política*, 5ª edição. São Paulo: Ática, 1995. v. 2, p. 101-148.
- BUARQUE, Cristóvam. Prefácio. Em: VIEIRA, Liszt. *Os argonautas da cidadania: a sociedade civil na globalização*. Rio de Janeiro: Record, 2001. p. 21-2.
- BUENO, Edison. Avaliação de qualidade do trabalho médico como estratégia de mudança do modelo assistencial em ambulatórios públicos. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2000.
- CALDEIRA, Teresa Pires do Rio. A política dos outros: o cotidiano dos moradores da periferia e o que pensam do poder e dos poderosos. São Paulo: Brasiliense, 1984.
- CAMARGO Jr., Kenneth Rochel de. Medicina, medicalização e produção simbólica. In: PITTA, Áurea da Rocha (Org.) *Saúde & Comunicação: visibilidades e silêncios*. São Paulo, Hucitec: Abrasco, 1995. p. 13-24.
- _____. CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. A biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 45–65, 1997.
- _____. As muitas vozes da integralidade. Em: PINHEIRO, Roseni; MATOS, Ruben Araujo de (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Uerj/IMS, Abrasco, 2001. p. 11-5.
- CAMPO, Víctor M. G. Equidad social y política de educación superior. *Pensamiento Universitario*, Buenos Aires, v. 5, n. 6, p. 12-24, nov. 1997.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Os médicos e a política de saúde: entre a estatização e o empresariamento. A defesa da prática liberal da medicina. São Paulo: Hucitec, 1988.
- _____. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: Hucitec, 1991.
- _____. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 187-193. jan./mar. 1999.

- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; CHAKOUR, Maurício; SANTOS, Rogério de Carvalho. (1997). Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 141-144. jan./mar. 1997.
- CAMPOS DA PAZ JR., Aloysio. Tratando doentes e não doenças. Brasília: Sarah Letras, 2002.
- CAPISTRANO FILHO, David. Da saúde e das cidades. São Paulo: Hucitec, 1995. (Saúde em Debate, 80).
- CAPONI, Sandra. Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- CARAPINHEIRO, Graça. Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. 3ª edição. Porto: Edições Afrontamento, 1998.
- CARVALHO, Antônio Ivo. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a Reforma Sanitária como reforma do Estado. Em: FLEURY, Sônia (Org.). Saúde e democracia: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 93-111.
- CASTIEL, Luís David. O buraco do avestruz: a singularidade do adoecer humano. Campinas: Papirus, 1994.
- CASTIEL, Luís David; PÓVOA, Eduardo Conte. Dr. Sackett & “Mr. Sacketeer”... Encanto e desencanto no reino da *expertise* na medicina baseada em evidências. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 205-214, jan./fev. 2001.
- CECCIM, Ricardo Burg. Ninguém é igual, mas todo mundo pode se tornar especial. Cadernos de Autoria & Companhia, Porto Alegre: Secretaria Municipal de Educação de Porto Alegre: Divisão de Assistência ao Educando, n. 1, p. 12-22, out. 1993.
- _____. Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida. Em: CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Paulo Antonacci (Org.). Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida. Porto Alegre: Editora da Universidade, 1997a. p. 27-41.
- _____. Educação escolar, escola possível e alunos especiais. Vivência - Revista da Fundação Catarinense de Educação Especial (FCEE), São José, n. 19, p. 31-36, 1º sem. 1997b.
- _____. Políticas da inteligência: educação, tempo de aprender e dessegregação da doença mental. 1998. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica. Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1998.
- _____. Diversidade e adversidade na prática da atenção à saúde. Saúde - Revista do NIPESC, Porto Alegre, v. 3/v. 4, n. 3/n. 4, p. 59-77, 1998/1999.
- CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 23, p. 30-56, dez. 2001.
- CECCIM, Ricardo Burg; DAVID, Clarete Terezinha N. (Coord.). Programa de apoio ao fortalecimento do controle social no SUS: capacitação ampliada de conselheiros de saúde. Porto Alegre: ESP/SES-RS, 2002.
- CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. Em: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Uerj/IMS, Abrasco, 2001. p. 113-126.
- CHAVES, Mario; ROSA, Alice Reis (Org.). Educação médica nas américas: o desafio dos anos 90. São Paulo: Cortez, 1990.
- CINAEM, Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Avaliação do Ensino Médico no Brasil: Relatório Geral. Brasília: CINAEM, jul. 1997. 115 p.

- CLAVREUL, Jean. A ordem médica: poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense, 1983
- COHN, Amélia; NUNES, Edison; JACOBI, Pedro R.; KARSCH, Ursula S. A saúde como direito e como serviço. São Paulo: Cortez, 1991. (Pensamento Social e Saúde, v. 7).
- COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. 2ª ed. São Paulo: Cortez: Cedec, 1998.
- COIMBRA, Cícero Galli. Morte encefálica. 1997. Disponível em: <www.unifesp.br/dneuro/morteencefalica.htm>.
- COIMBRA, Cícero Galli. Apnéia na morte encefálica. 1998a. Disponível em: <www.unifesp.br/dneuro/apnea.htm>.
- COIMBRA, Cícero Galli. Repercussão internacional das discussões no Brasil sobre a validade dos critérios diagnósticos para a identificação da morte encefálica. 1998b. Disponível em: <www.unifesp.br/dneuro/opiniaol.htm>.
- COIMBRA, Cícero Galli. Implications of ischemic penumbra for the diagnosis of brain death. Brazilian Journal of Medical Biological Research, v. 32, n. 12, p. 1479 – 1487, dec. 1999.
- COIMBRA, Cícero Galli. Morte cerebral: falha nos critérios de diagnóstico. Ciência Hoje, v. 27, n. 161, p. 26-30, 2000.
- COIMBRA, Cícero Galli. Correspondência pessoal. 2002. 45 folhas.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 10. Relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde: Conselho Nacional de Saúde, 1996.
- _____. 11. Relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde: Conselho Nacional de Saúde, 2000.
- CONSUL, Conselho de Saúde da Região Sul de Londrina. Diário de lutas: a saúde como a gente quer. Londrina: Consul, 2000.
- CONTI, Laura. Estructura social y medicina. In. BERLINGUER, Giovanni (Org.). Medicina y sociedad. Barcelona: Fontanella, 1972.
- CONTRANDIOPOLUS, André Pierre. Reformar o sistema de saúde: uma utopia para sair de um status quo inaceitável. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, n 43, p. 76-83, 1996.
- CÔRTEZ, Soraya M. V. Fóruns participatórios na área da saúde: teorias do Estado, participantes e modalidades de participação. Saúde em Debate, Londrina, n. 49/50, p. 73-79, dez. 1995/mar. 1996.
- _____. Participação na área de saúde: o conceito, suas origens e seu papel em diferentes projetos de reforma do Estado. Saúde - Revista do NIPESC, Porto Alegre, n. 1, p. 51-69, jan./dez. 1996.
- _____. Conselhos Municipais de Saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 5-17, 1998.
- COSTA, Sérgio. Contextos da construção do espaço público no Brasil. Novos Estudos CEBRAP, São Paulo, n. 47, p. 179-192, mar. 1997.
- COTTA, Rosângela M. M.; MENDES, Fábio F.; MUNIZ, José N. Descentralização das políticas públicas de saúde: do imaginário ao real. Viçosa: UFV, 1998.
- COWAN, James. O sonho do cartógrafo: meditações de Fra Mauro na corte de Veneza do Século XVI. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.
- CRESPO, Jorge. A história do corpo. Lisboa: Difel, 1990.

CUNHA, Fátima Teresinha S. A política estadual de saúde do Rio Grande do Sul: semelhanças e diferenças com a política nacional de saúde. Projeto de Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2001.

DAIN, Sulamis; FAVERET, Ana Cecília de Sá Campelo; CAVALCANTI, Carlos Eduardo; CARVALHO, Déa de, QUADROS, Waldemir Luiz de. Avaliação dos impactos da reforma tributária sobre o financiamento da saúde. Em: NEGRI, Barjas; GIOVANNI, Geraldo Di (Org.). Brasil: radiografia da saúde. Campinas: Universidade Estadual de Campinas / Instituto de Economia, 2001. p. 233–288.

DALARI, Dalmo de Abreu. O futuro do Estado. São Paulo: Saraiva, 2001.

DALLARI, Sueli Gandolfi. A Bioética e a Saúde Pública. Em: COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel (Org.). Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 205-216.

DALLARI, Sueli Gandolfi; ADORNO, Rubens C. F.; FARIA, Mara de Mello; SHUQUAIR, Nur S. M.; TREWIKOWSKI, Solange. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 531-540, out./dez. 1996.

DELEUZE, Gilles. Foucault. São Paulo: Brasiliense, 1988.

DELEUZE, Gilles. GUATTARI, Félix. O que é filosofia. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DORNELES, Malvina do Amaral. Lo público y lo popular en el ámbito racionalizador del orden pedagógico moderno. 1996. Tese (Doutorado em Ciências da Educação). Faculdade de Filosofia e Humanidades, Universidade Católica de Córdoba. Córdoba, Argentina, 1996.

_____. Parecer sobre o projeto de dissertação de mestrado. Porto Alegre: PPG-Edu/Ufrgs, set. 1999. 05 p.

DUTRA, Olívio de Oliveira; BENEVIDES, Maria Victória. Orçamento Participativo e Socialismo. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2001.

EDUCACIÓN MÉDICA Y SALUD. Nuevos desarrollos sobre personal de salud. Washington, Opas: OMS, v. 21, n. 2, 1987.

EDUCACIÓN MÉDICA Y SALUD. Análisis prospectivo de la educación médica. Washington, Opas: OMS, v. 22, n. 3, 1988.

EDUCACIÓN MÉDICA Y SALUD. Ciencias sociales y formación de recursos humanos. Washington, Opas: OMS, v. 26, n. 1, 1992.

FAIRCLOUGH, Norman. Discurso e mudança social. Brasília: UnB, 2001.

FEDOZZI, Luciano. Orçamento Participativo: reflexões sobre a experiência de Porto Alegre. 2a. ed. Porto Alegre: Tomo Editorial, 1999.

FERLA, Alcindo Antônio. Informação, educação e cidadania: condições “especiais” de mudança. Cadernos de Autoria & Companhia, Porto Alegre: Secretaria Municipal de Educação de Porto Alegre: Divisão de Assistência ao Educando, n. 1, p. 7-11, out. 1993.

_____. Educação popular e saúde: construindo possibilidades de inteireza. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Educação, 1997. Texto apresentado ao Seminário Avançado Educação e Classes Populares, coordenado pelo Prof. Dr. Nilton Fischer.

_____. Avaliação Cineaem do ensino médico: medicalização ou inovação? Avaliação - Rede de Avaliação Institucional do Ensino Superior, v. 3, n. 2, p. 53-64, jun. 1998.

FERLA, Alcindo Antônio; KUCHENBECKER, Ricardo S. Medicina Social e formação médica: uma estratégia de transformação. Arquivos de Medicina Preventiva, n. 8, p. 76-84, jan./jun. 1990a.

_____. O Departamento de Medicina Preventiva, Saúde Pública e Medicina do Trabalho na perspectiva discente. Arquivos de Medicina Preventiva, n. 8, p. 76-84, jan./jun. 1990b.

FERLA, Alcindo Antônio; MARTINS JÚNIOR, Fernando. Remuneração dos prestadores diretos de ações e serviços de saúde: do financiamento de interesses privados à garantia de qualidade, acesso e humanização. Em: CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. p. 169 – 96.

FERLA, Alcindo Antônio; MARTINS JÚNIOR, Fernando. Gestão solidária da saúde: a experiência de gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 23, p. 8-20, dez. 2001.

FERLA, Alcindo Antônio; PESSÔA, Luisa Regina; CARVALHO, Antônio Ivo et al. Financiamento e regionalização da saúde: a experiência gaúcha. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 24, p. 52-71, dez. 2001.

FERLA, Alcindo Antônio; GEYER, Lígia Maria Corrêa; PRITOLUK, Liane Belardinelli; BREUNIG, Marcos. Descentralização da gestão da saúde no Rio Grande do Sul: implementando a legislação para garantir saúde de verdade e com qualidade para todos os gaúchos. Em: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Experiências inovadoras no SUS: gestão de serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. (No prelo).

FERLA, Alcindo Antônio; SOUZA, Dóris Yadoya de; FREITAS, Maria Elisa et al. A regionalização da atenção à saúde na experiência de gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul. Em: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Experiências inovadoras no SUS: gestão de serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. (No prelo).

FERLA, Alcindo Antônio; RIBEIRO, Leonardo Rosa; OLIVEIRA, Felipe Proença et al. Informação como suporte à gestão: desenvolvimento de parâmetros para acompanhamento do sistema de saúde a partir da análise integrada dos sistemas de informação em saúde. Em: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Experiências inovadoras no SUS: gestão de serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c. (No prelo).

FERLA, Alcindo Antônio; JAEGER, Maria Luiza; PELEGRINI, Maria Letícia M. A gestão da saúde no contexto do SUS: descentralização, integralidade e controle social como desafios para os governos. Em: TAVARES, Laura (Org). *Tempo de desafios: a política social democrática e popular no governo do Rio Grande do Sul*. Petrópolis: Vozes, 2002d. (No prelo).

FERNANDES, Cleoni Maria Barboza. Parecer sobre o projeto de dissertação de mestrado. Porto Alegre: PPG-Edu/Ufrgs, set. 1999. 03 p. (mimeo).

FERREIRA, R.A.; PERET FILHO, L.A.; GOULART, E.M.; VALADÃO, M.A.. O estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 46, n. 3, p. 224-31, 2000.

FEUERWERKER, Laura C. M. *Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1998.

FISCHER, Nilton Bueno. Parecer sobre o projeto de dissertação de mestrado. Porto Alegre: PPG-Edu/Ufrgs, set. 1999. 03 p. (mimeo).

FISCHER, Nilton Bueno. FERLA, Alcindo Antônio. Revisitando a Educação Popular a partir das mulheres papeleiras. In.: JACQUES, Maria da Graça Corea et. al. (Org.). *Relações sociais & ética*. Porto Alegre: Abrapso - Regional Sul, 1995. p. 200-210.

FISCHER, Nilton B. FERLA, Alcindo A. FONSECA, Laura S. (Org.). *Educação e classes populares*. Porto Alegre: Ed. Mediação: Programa de Pós-Graduação em Educação, 1996. (Cadernos de Autoria do PPG-Edu, 1).

FISCHER, Nilton B. FERLA, Alcindo A. Uma escola possível, vivida e pesquisada. Em: TRINDADE, Iole Maria Faviero; FERLA, Alcindo Antônio (orgs.). *Uma escola vivida e pesquisada: relatório de pesquisa*. 2ª ed. Porto Alegre: E.M. Gilberto Jorge: NEP/UFRGS, 1997. p. 7-9.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Adolescência em discurso: mídia e produção de subjetividade. 1996. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1996a.

_____. A paixão de “trabalhar com” Foucault. In: COSTA, Marisa Cristina Vorraber (Org.). Caminhos investigativos: novos olhares na pesquisa em educação. Porto Alegre: Mediação, 1996b. p. 37-60.

FITZPATRICK, R. et. al. La enfermedad como experiencia. México, Fondo de Cultura Económica, 1990.

FLEURY, Sonia. A questão democrática na saúde. Em: FLEURY, Sônia (Org.). Saúde e democracia: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 25-44.

FONSECA, Laura. Caminhos da adoção. São Paulo: Cortez, 1995.

FONTES, Olney Leite. Educação biomédica em transição conceitual. Piracicaba: Editora UNIMEP, 1999.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da clínica. 2ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

_____. A arqueologia do saber. 3ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

_____. História da sexualidade I: a vontade de saber. 7ª edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

_____. Microfísica do poder. 8ª edição. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

_____. O pensamento do exterior. São Paulo: Princípio, 1990.

_____. Saber y verdad. Madri: Ediciones de La Piqueta, 1991a.

_____. Respuesta a una pregunta. Buenos Aires: Editorial Almagesto, 1991b. (Colección Mínima).

_____. Um dialogo sobre el poder. 3ª ed. Buenos Aires: Alianza, 1995.

_____. A ordem do discurso. São Paulo: Loyola, 1996. (Leituras Filosóficas, 1).

_____. Resumo dos Cursos do Collège de France. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

_____. A verdade e as formas jurídicas. 2ª edição. Rio de Janeiro: Nau Editora, 1999.

FREIRE, Paulo. À sombra desta mangueira. São Paulo: Olho D'água, 1995.

_____. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

_____. Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Editora Unifesp, 2000.

GAETANI, Francisco. A reforma do Estado no contexto latino-americano: comentários sobre alguns impasses e possíveis desdobramentos. Revista do Serviço Público, Brasília: Enap, n. 2, p. 85-104, abr./jun. 1998.

GALLO, Edmundo. Inovação, planejamento estratégico e gestão de qualidade nas escolas médicas brasileiras. Cadernos Fundap - Fundação para o Desenvolvimento Administrativo. São Paulo: Fundap, n. 19, p. 131-152, jan./abr. 1996.

GARCIA, Juan César. Medicina e sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde. In: NUNES, Everardo Duarte (Org.). Medicina Social: aspectos teóricos e históricos. São Paulo: Global, 1983.

GARELLI, Franco. Controle social. In: BOBBIO, N. et al. Dicionário de Política. 9. ed. Brasília: UNB, 1997. v. 1, p. 283-285.

GASTALDO, Denise. Is health education good for you? Re-thinking health education through the concept of bio-power. In: PETERSEN, Alan. BUNTON, Robin (Org.) Foucault, health and medicine. London: Routledge, 1997.

- GERMANO, Raimunda Medeiros. A ética e o ensino de ética na enfermagem do Brasil. São Paulo: Cortez, 1993.
- GERSCHMAN, Sílvia. A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- GIACOMINI, Mita. A change of hearth and a change of mind? Technology and the redefinition of death in 1968. *Social Science & Medicine*, v. 44, n. 10, p. 1465-1482, 1997.
- GIL, Célia Regina Rodrigues. Avaliação de projetos: análise do Projeto UNI – Londrina. A avaliação como instrumento da ação. 1995. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, PR, 1995.
- GOLDANI, Sérgio Alexandre. Medicina da UFRGS: um currículo comprometido com a transformação social. 1989. Dissertação (Mestrado em Educação) - Curso de Pós-Graduação em Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 1989.
- GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 1994.
- GOULART, Flávio A. (Org.). Os médicos e a saúde no Brasil. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.
- GUATTARI, Félix. Caosmose: um novo paradigma estético. Rio de Janeiro: Editora 34, 1993.
- IBGE. Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar, 1998: análise de resultados. 2000. Disponível em: <http://www.ibge.net>.
- ITARD, Jean. Memoria e informe sobre Victor de l'Aveyron. Madri: Alianza Editorial, 1982. (El libro de bolsillo, 893).
- ITO, Ana Misako; NUNES, Elisabete Almeida; MENEZES, Vera Lúcia. PEEPIN: uma experiência inovadora na educação superior. Londrina: Ed. UEL – NESCO, 1997.
- KISIL, Marcos; CHAVES, Mário (Org.). Programa UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais da saúde. Beattle Creek: Fundação W. K. Kellogg, 1994.
- KOIFMAN, Lilian. O ensino médico no Brasil e na Argentina: uma abordagem comparativa. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2002.
- KOVÁCS, M.J. Pensando a morte e a formação de profissionais de saúde. Em: CASSORLA, R.M.S. (Org.). Da morte: estudos brasileiros. Campinas: Papirus, 1991. p. 79-103.
- KUHN, Thomas S. A estrutura das revoluções científicas. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.
- LAPLANTINE, François; RABEYRON, Paul-Louis. Medicinas paralelas. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- LAURELL, Asa Cristina. Globalización, políticas neoliberales y salud. Em: BRICEÑO-LEÓN, Roberto; MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA Jr., Carlos E. A. (Org.). Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 73-84.
- LAVALE, Adrián Gurza. Estado, sociedad y medios: reivindicación de lo público. México: Plaza y Valdes: Universidad Iberoamericana, 1998.
- LE BRETON, David. A síndrome de frankenstein. Em: SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de (Org.). Políticas do Corpo. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. p. 49-67.
- LEITE, Denise B. Conhecimento social e profissionalmente válido: currículos da área médica. Montevideo, maio 1997a.
- _____. Aprendizagens do estudante universitário. Em: LEITE, Denise B. C.; MOROSINI, Marília (Org.). Universidade futurante: produção do ensino e inovação. Campinas: Papirus, 1997b. p. 147-68.
- _____. Apresentação. Em: LEITE, Denise B. (Org.). Pedagogia universitária: conhecimento, ética e política no ensino superior. Porto Alegre, Ed. da Universidade/Ufrgs, 1999. p. 9 – 15.

LEITE, Denise et al. A inovação como fator de revitalização do ensinar e do aprender na Universidade: Relatório de pesquisa. CNPq/FAPERGS/ILCE, 1995.

LEITE, Denise B. et al. Inovação na zona cinzenta de transição. Cadernos de Educação, Pelotas, v. 8, n. 5, p. 75-95, jun. 1997.

LEITE, Denise B.; BRAGA, Ana Maria; GENRO, Maria Elly; FERLA, Alcindo Antônio. Avaliação institucional e os desafios da formação docente na universidade pós-moderna. Heuresis - Revista Electrônica de Investigación Curricular y Educativa, Cádiz, v. 1, n.2, 1998. Disponível em: <http://www2.uca.es/HEURESIS>.

LEITE, Denise B.; LUCARELLI, Elisa; VEIGA, Ilma et al. Inovação como fator de revitalização do ensinar e do aprender na universidade. Em: LEITE, Denise B. (Org.). Pedagogia universitária: conhecimento, ética e política no ensino superior. Porto Alegre, Ed. da Universidade/Ufrgs, 1999. p. 63-78.

LEITE, Denise B.; TUTIKIAN, Jane; HOLZ, Norberto (Org.). Avaliação & Compromisso: construção e prática da avaliação institucional em uma universidade pública. Porto Alegre: Ed. Universidade/Ufrgs, 2000.

LEITE, Denise B.; BRAGA, Ana Maria; FERNANDES, Cleoni e Claboradores. A avaliação institucional e os desafios da formação docente na universidade pós-moderna. Em: MASETTO, Marcos (Org.). Docência na universidade. 3ª Edição. Campinas: Papirus, 2001. p. 39 - 56.

LEPARGNEUR, Hubert. O doente, a doença e a morte. Campinas: Papirus, 1987.

LIMA-GONÇALVES, Ernesto. Os objetivos da educação médica. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 23, n. 2/3, p. 9-18, set./dez. 1998.

_____. Médicos e ensino da medicina no Brasil. São Paulo: Edusp, 2002.

LINS, Auristela Maciel. O Programa UNI da Fundação Kellog no Brasil: uma avaliação a partir do postulado de coerência de Mário Testa. 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Campinas, 1997.

LLOYD, G. E. R. Las mentalidades y su desenmascaramiento. Madrid: Siglo Veintiuno Editores, 1996.

LUCCAS, Francisco José; BRAGA, Nadia I. O.; SILVADO, Carlos Eduardo S. Recomendações Técnicas para o registro do Eletroencefalograma (EEG) na suspeita de morte encefálica. Arquivos de Neuropsiquiatria, v. 56, n. 3-B, p. 697-702, 1998.

LUZ, Madel Therezinha. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do Século XX. PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 13-43, 1997.

_____. La salud en forma y las formas de la salud: superando paradigmas e racionalidades. Em: BRICEÑO-LEÓN, Roberto; MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA Jr., Carlos E. A. (Org.). Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 25 - 39.

_____. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. Em: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Uerj/IMS: Abrasco, 2001. p. 17-37.

MACEDO, Carmen Cinira de. Tempo de gênese: o povo e as comunidades eclesiais de base. São Paulo: Brasiliense, 1986.

MACHADO, Adão Rogério Leal. Acompanhamento de família. Revista do HCPA, v. 7, n. 3, p. 6, dez. 1987.

MACHADO, Roberto. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. Microfísica do poder. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989. p. VII - XXIII.

MACHADO, Maria Helena (Coord.). Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

- MAIA, Antônio C. Sobre a analítica do poder de Foucault. *Tempo Social; Rev. Sociol. USP, São Paulo*, v. 7, n. 1-2, p. 83-102, out. 1995.
- MANGUEIRA, Maurício. *Microfísica das criações parciais: pensamento, subjetividade e prática a partir de Nietzsche e Deleuze*. São Cristóvão: Edit. UFS: Fund. Oviêdo Teixeira, 2001.
- MARQUES, Marília Bernardes. *Discursos médicos sobre seres frágeis*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- MARSIGLIA, Regina Giffoni. *Relação ensino / serviços: dez anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1995.
- MARTINS, Ana Adelaide. *Relações Estado - Sociedade e políticas de saúde*. *Saúde e Sociedade*, v. 5, n. 1, p. 55-79, 1996.
- MARTINS, André. *Novos paradigmas e saúde*. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 83-112, 1999.
- MARTINS, José de Souza. *Sobre o modo capitalista de pensar*. São Paulo: Hucitec, 1978.
- _____. *Caminhada no chão da noite: emancipação política e libertação nos movimentos sociais no campo*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- _____. *A sociabilidade do homem simples: cotidiano e história na modernidade anômala*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- MATTOS, Ruben Araujo de. *Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos*. Em: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Uerj/IMS, Abrasco, 2001. p. 39 – 64.
- MELLO, Leonel I. A. *John Locke e o individualismo liberal*. In: WEFFORT, Francisco C. (Org.). *Os clássicos da política*. 8ª ed. São Paulo: Ática, 1997. v. 1, p. 79-110.
- MELUCCI, Alberto. *Movimentos sociais, renovação cultural e o papel do conhecimento*. *Novos Estudos CEBRAP*, São Paulo, n. 40, p. 152-166, nov. 1994.
- MENDES, Eugênio Vilaça. *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Condiciones de vida, desigualdad y salud a partir del caso brasileño*. Em: BRICEÑO-LEÓN, Roberto; MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA Jr., Carlos E. A. (Org.). *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 55-71.
- MOLL, Jaqueline. *Alfabetização possível: reinventando o ensinar e o aprender*. Porto Alegre: Mediação, 1996.
- MOLL, Jaqueline; FISCHER, Nilton Bueno. *Pedagogias nos tempos do Orçamento Participativo em Porto Alegre: possíveis implicações educativas na ampliação da esfera pública*. Em: FISCHER, Nilton Bueno; MOLL, Jaqueline (Org.). *Por uma nova esfera pública: a experiência do Orçamento Participativo*. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 143-68.
- MOROSINI, Marília Costa; LEITE, Denise B. C. *Avaliação institucional como um organizador qualificado: na prática, é possível repensar a universidade*. In: SGUISSARDI, Valdemar (Org.). *Avaliação universitária em questão: reformas do Estado e da educação superior*. Campinas: Autores Associados, 1997. (Coleção educação contemporânea).
- MOTT, Luiz. *Sangue gay: histórico da campanha pela revogação da exclusão dos homossexuais como doadores de sangue*. 2000. 10 f. Disponível em www.luizmott.cjb.net.
- MÜLLER, Ana Maria Concentino; POSSA, Lisiane Bôer. *A regionalização da atenção à saúde no Rio Grande do Sul: uma experiência em construção na 4ª Região de Saúde*. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 23, p. 21-9, dez. 2001.
- NASCIMENTO, Milton Meira. *Rousseau: da servidão à liberdade*. In: WEFFORT, Francisco C. (Org.). *Os clássicos da política*. 8ª ed. São Paulo: Ática, 1997. v. 1, p. 187-242.

NIETZSCHE, Friedrich. *Ecce homo: como alguém se torna o que é*. 2ª edição. São Paulo: Max Limonad, 1996.

_____. *Nietzsche: vida e obra*. São Paulo: Nova Cultural, 1999. (Os Pensadores).

_____. *Fragmentos finais*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2002.

NIGENDA, Gustavo; MACHADO, Maria Helena. Modelos de regulação profissional de los médicos em América Latina: elementos teóricos para su análisis. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 685-692, out./dez. 1997.

NOSELA, Paolo. Memorial apresentado ao Concurso para Professor Titular de Filosofia da Educação na Universidade Federal de São Carlos - SP, dez. 1991. 44 p.

NUNES, Patrícia Maria Portela. *Medicina, poder e produção intelectual: uma análise sociológica da medicina no Maranhão*. São Luís: Ufma, 2000.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Recursos humanos em saúde no Mercosul*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ORTEGA, Francisco. *Amizade e estética da existência em Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

PALUDO, Conceição. *Educação Popular em busca de alternativas: uma leitura desde o campo democrático e popular*. Porto Alegre: Tomo Editorial: CAMP, 2001.

PARIZI, Regina Ribeiro; SILVA, Nei Moreira da. Transplantes. Em: COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel (Org.). *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 157 – 169.

PEDROSA, José Ivo S. A construção do significado de controle social com conselheiros de saúde no Estado do Piauí, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 741-748, out./dez. 1997.

PEEPIN: projeto especial de ensino, assistência primária à saúde, práticas multiprofissionais e interdisciplinares. *SEMINA - Revista Cultural e Científica da Universidade Estadual de Londrina*, Londrina, v. 17, nov. 1996.

PEREIRA NETO, André de Faria. *Ser médico no Brasil: o presente no passado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

PESSANHA, José Américo. *Filosofia e modernidade: racionalidade, imaginação e ética*. *Educação e Realidade*, v. 22, n. 1, p. 13-32, jan./jun. 1997.

PESSOTO, Umberto Catarino. *As políticas de saúde para a América Latina e Caribe da Organização Pan-americana da Saúde e do Banco Mundial: uma análise dos documentos e seus discursos*. 2001. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Integração da América Latina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.

PINHEIRO, Roseni. *As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudos e construção da integralidade*. Em: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Uerj/IMS: Abrasco, 2001. p. 65–112.

PINHEIRO, Roseni; LUZ, Madel T. *Modelos ideais X práticas eficazes: desencontro entre gestores e clientela nos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Uerj/IMS, 1999. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 19).

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Uerj/IMS: Abrasco, 2001.

PITTA, Ana. *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec, 1990.

PITTA, Áurea da Rocha (Org.). *Saúde & Comunicação: visibilidades e silêncios*. São Paulo, Hucitec /Abrasco, 1995.

- POPKEWITZ, Thomas S. História do currículo, regulação social e poder. In.: SILVA, Tomaz T. (Org.). O sujeito da educação. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 173-210.
- PRIGOGINE, Ilya. Ilya Prigogine, arquiteto das estruturas dissipativas: entrevista. Em: PESSIS-PASTER-NAK, Guitta. Do caos à inteligência artificial: quando os cientistas se interrogam. São Paulo, Unesp, 1993.
- PRIGOGINE, Ilya; STENGERS, Isabelle. A nova aliança: metamorfose da ciência. 3ª ed. Brasília: Ed. UNB, 1997.
- REGO, Sérgio. O processo de socialização profissional na medicina. Em: MACHADO, Maria Helena (org.). Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- REISER, Stanley Joel. La medicina y el imperio de la tecnología. Mexico: Fondo de Cultura Económica, 1990.
- REQUENA, Antonio Trinidad. La evaluación de instituciones educativas: el análisis de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología da la Universidad de Granada. Granada: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Granada, 1995.
- RIBEIRO, José Mendes. Estruturas tecno-burocráticas e instâncias colegiadas no SUS: uma abordagem dos fundamentos da política setorial. Em: COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes (Org.). Políticas de saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro: Secretaria de Desenvolvimento Educacional: Escola Nacional de Saúde Pública, 1996. p. 51-67.
- _____. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesse no Sistema Único de Saúde (SUS). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 81-92, jan./mar 1997.
- RIBEIRO, Márcia Moisés. A ciência dos trópicos: a arte médica no Brasil do Século XVIII. São Paulo, Hucitec, 1997.
- RIBEIRO, Renato Janine. Hobbes: o medo e a esperança. In: WEFFORT, Francisco C. (Org.). Os clássicos da política. 8ª ed. São Paulo: Ática, 1997. v. 1, p. 51-78.
- RODRIGUES, Flávio Freinkel. O polêmico diagnóstico da morte cerebral. Ciência Hoje, v. 27, n. 161, p. 30-33, 2000.
- ROLNIK, Sueli B. Cartografia sentimental da América: produção do desejo na área da cultura industrial. Tese (doutorado). Programa de Estudos Pós-Graduados, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1987.
- _____. Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético-estético-política no trabalho acadêmico. Cadernos de Subjetividade, v. 1, n. 2, p. 241-252, set./fev. 1993.
- _____. À sombra da cidadania: alteridade, homem da ética e reinvenção da democracia. Em: MAGALHÃES, Maria Cristina Rios (Org.). Na sombra da cidade. São Paulo: Escuta, 1995. p. 141-170.
- ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos "países avançados". Em ROTELLI, Franco (Org.). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.
- _____. (Org.). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990.
- SADEK, Maria Tereza. Nicolau Maquiavel: o cidadão sem fortuna, o intelectual de virtú. In: WEFFORT, Francisco C. (Org.). Os clássicos da política. 8ª ed. São Paulo: Ática, 1997. v. 1, p. 11-50.
- SALAZAR, Lúgia. Reforma curricular: um processo político, social, técnico, investigativo e gerencial. Uni em debate - Programa Uni-Kellogg, 1998a. Disponível em: (<http://www.prouni.org/uni/>). Entrevista.
- _____. (1998b). Evaluación curricular y participación comunitária: uma proposta em construcción. Uni Arquivo - Programa Uni-Kellogg, 1998b. Disponível em: (<http://www.prouni.org/uni/>).

SANTOS, Boaventura de Sousa. A saúde da doença e viceversa. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n. 23, p. 7-12, set. 1987a.

_____. O Estado, a sociedade e as políticas sociais: o caso das políticas de saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n. 23, p. 13-74, set. 1987b.

_____. Introdução a uma ciência pós-moderna. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

_____. Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade. 3ª edição. São Paulo: Cortez, 1997.

_____. Um discurso sobre as ciências. 9ª ed. Porto: Afrontamento, 1997b.

_____. A queda do angelus novus: para além da equação moderna entre raízes e opções. *Novos Estudos Cebrap*, n. 47, p. 103-124, mar. 1997c.

_____. Para uma reinvenção solidária e participativa do Estado. Trabalho apresentado no Seminário Internacional Sociedade e a Reforma do Estado, São Paulo, maio de 1998.

_____. Para uma reinvenção solidária e participativa do Estado. Em: PEREIRA, L. C. Bresser; Wilhelm, Jorge; SOLA, Lourdes (Org.). *Sociedade e Estado em Transformação*. São Paulo: UNESP; Brasília: ENAP, 1999a. p. 243-271.

_____. Reinventar a democracia: entre o pré-contratualismo e o pós-contratualismo. Em: HELLER, Agnes et al. *A crise dos paradigmas em ciências sociais e os desafios para o Século XXI*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1999b.

_____. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. 2ª Edição. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SANTOS, Roberto Corrêa dos. Modos de saber, modos de adoecer: o corpo, a arte, o estilo, a história, a vida, o exterior. Belo Horizonte: UFMG, 1999.

SANTOS, Rogério Carvalho. Um ator social em formação: da militância à descrição e análise do processo de formação médica no Brasil. 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1998.

SAYD, Jane Dutra. Mediar, medicar, remediar: aspectos da terapêutica na medicina ocidental. Rio de Janeiro: Ed. Uerj, 1998.

_____. Novos paradigmas e saúde: notas de leitura. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 113-122, 1999.

SAYD, Jane Dutra; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. Medicina Baseada em Evidências: ceticismo terapêutico, recorrência e história. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 11-38, 2000.

SCHRAIBER, Lília. Educação médica e capitalismo. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 1989.

_____. O médico e seu trabalho: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.

_____. No encontro da técnica e da ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em Medicina. *Interface - comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 1, n. 1, p. 123-140, ago. 1997.

SCHRAIBER, Lília; MACHADO, Maria Helena. Trabalhadores da saúde: uma nova agenda de estudos sobre recursos humanos em saúde no Brasil. Em: FLEURY, Sônia (Org.). *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

SENA-CHOMPRÉ, Roseni Rosângela; EGRY, Emiko Yoshikawa. A enfermagem nos projetos UNI: contribuições para um novo projeto político para a enfermagem brasileira. São Paulo: Hucitec, 1998.

- SERRES, Michel. *Filosofia mestiça: le tiers-instruit*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.
- _____. *Os cinco sentidos: filosofia dos corpos misturados*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.
- SILVA Jr., Aluísio Gomes da Silva. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva*. São Paulo, Hucitec, 1998.
- SPÓSITO, Marília. *A ilusão fecunda: a luta por educação nos movimentos populares*. São Paulo: Hucitec: Edusp, 1993.
- STARR, Paul. *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América*. México: Fondo de Cultura Económica, 1991.
- STEFFEN, Alexandre; CAMPANI, Adriana; LEITE, Denise B.; CUNHA, Maria Isabel da. Em: LEITE, Denise B. (Org.). *Pedagogia universitária: conhecimento, ética e política no ensino superior*. Porto Alegre, Ed. da Universidade/Ufrgs, 1999. p. 53-62.
- TAMAYO, Ruy Pérez. *De la magia primitiva a la medicina moderna*. México: Fondo de Cultura Económica, 1997. (La ciencia para todos, 154).
- TARRIDE, Mario Iván. *Saúde Pública: uma complexidade anunciada*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- TEIXEIRA, Carmen Fortes. *O futuro da prevenção*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.
- TEIXEIRA, Elenaldo. *O local e o global: limites e desafios da participação cidadã*. São Paulo: Cortez, 2001.
- TEIXEIRA, Márcia; MACHADO, Maria Helena; MOYSES, Neuza; REGO, Sérgio. *Trabalho e gestão em saúde: algumas considerações no contexto do SUS*. Em: COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes (Org.). *Políticas de saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos 90*. Rio de Janeiro: Secretaria de Desenvolvimento Educacional: Escola Nacional de Saúde Pública, 1996. p. 145 - 156.
- TERNES, José. Michel Foucault e o nascimento da modernidade. *Tempo Social; Rev. Sociol. USP*, São Paulo, v. 7, n. 1-2, p. 45-52, out. 1995.
- TESTA, Mario. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- TORALLES-PEREIRA, Maria Lúcia. *Notas sobre educação na transição para um novo paradigma*. *Interface - comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 1, n. 1, p. 43-50, agosto, 1997.
- VALLA, Victor Vincent. *Nova ordem mundial e condições de vida no Brasil: modificando as relações entre sociedade civil e educação popular*. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 19-34, jul./dez. 1994.
- _____. *A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas*. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 177-190, jul./dez. 1996.
- _____. *Sobre participação popular: uma questão de perspectiva*. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, sup. 2, p. 7-18, 1998.
- _____. (Org.). *Saúde e educação*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.
- VALLA, Victor Vincent; STOTZ, Eduardo Navarro (Org.). *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Relume – Dumará, 1993.
- _____. *Educação, saúde e cidadania*. Petrópolis: Vozes, 1994.
- _____. *Participación social, derechos humanos y salud: procurando comprender los caminos de las clases populares*. Em: BRICEÑO-LEÓN, Roberto; MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA Jr., Carlos E. A. (Org.). *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 85 – 105.
- VASCONCELOS, Eymard M. *Educação Popular nos serviços de saúde*. 3ª ed. aum. São Paulo: Hucitec, 1997.
- VAYSSE, Jocelyne. *Coração estrangeiro em corpo de acolhimento*. Em: SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de (Org.). *Políticas do Corpo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. p. 39-47.

VENTURELLI, José. Educación Médica: nuevos enfoques, metas y métodos. Inminencia y necesidad del cambio en el camino de la equidad, calidad y eficiencia de una salud para todos. Washington: Opas: OMS, 1997.

VERAS, Renato. O anacronismo dos modelos assistenciais na área da saúde: mudar e inovar, desafios para o setor público e privado. Rio de Janeiro: Uerj/IMS, 2000. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 211).

VEYNE, Paul. Como se escreve a história. 3ª ed. Brasília: UnB, 1995.

XAVIER FILHO, Ernesto de Freitas. Vila, pobre vila: por uma antropologia médica. Porto Alegre: Sagra, 1991.

_____. O homem e a cura. Porto Alegre: Rígel, 1993.

YASBECK, D. C. M.; AZEVEDO, L.L.; SIQUEIRA, M.R.L; MENEZES, VM. Novos rumos para a educação médica. Revista Brasileira de Educação Médica, n. 24, p. 13-5, 2000.

WEFFORT, Francisco C. Marx: política e revolução. In: WEFFORT, Francisco C. (Org.). Os clássicos da política. 5ª ed. São Paulo: Ática, 1995. v. 2, p. 225-278.

WESTPHAL, Márcia Faria. Movimentos sociais e comunitários no campo da saúde como sujeitos e objetos de experiências educativas. Saúde e Sociedade, v. 3, n. 2, p. 127-148, 1994.

ZAIDHAFT, S. Morte e formação médica. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

ZALUAR, Alba. A máquina e a revolta: as organizações populares e o significado da pobreza. São Paulo: Brasiliense, 1995.

LEGISLAÇÃO REFERIDA

BRASIL. Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932. Regula e fiscaliza o exercício da Medicina, da Odontologia e da Medicina Veterinária e das profissões de Farmacêutico, Parteira e Enfermeira, no Brasil, e estabelece penas. Coleção de Leis do Brasil, Brasília, p. 39, 1932.

_____. Lei nº 4.280, de 6 de novembro de 1963. Dispõe sobre a extirpação de órgão ou tecido de pessoa falecida. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, p. 9482, 11 nov. 1963.

_____. Lei nº 5.479, de 10 de agosto de 1968. Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, p. 7177, 14 ago. 1968.

_____. Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973. Dispõe sobre os registros públicos e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, p. 13528, 31 dez. 1973.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988. Ed. janeiro de 2002. Coletada na Internet: www.senado.gov.br/bdtextual/const88/con1988.pdf

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, p. 18055, 20 set. 1990.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, p. 25694, 31 dez. 1990.

_____. Lei nº 8.489, de 18 de novembro de 1992. Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos e científicos e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, P. 16065, 20 nov. 1992.

_____. Lei nº 8.501, de 30 de novembro de 1992. Dispõe sobre a utilização de cadáver não reclamado, para fins de estudos ou pesquisas científicas e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, P. 16519, 01 dez. 1992.

_____. Decreto nº 879, de 22 de julho de 1993. Regulamenta a Lei nº 8.489, de 18 de novembro de 1992, que dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos, científicos e humanitários. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, P. 10298, 23 jul. 1993.

_____. Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, P. 2191, 05 fev. 1997.

_____. Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, P. 13739, 01 jul. 1997.

_____. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e

198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços de saúde. Coletada na Internet: www.senado.gov.br/bdtextual/const88/con1988.pdf.

_____. Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que “dispõe sobre a remoção de órgãos tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento”. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, P. 06, 24 mar. 2001.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.346, de 08 de agosto de 1991. Dispõe sobre os critérios e princípios para a constatação da morte encefálica. Coletada na Internet: www.cfm.org.br.

_____. Resolução nº 1.480, de 08 de agosto de 1997. Dispõe sobre os critérios para o diagnóstico da morte encefálica. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, P. 18227, 21 de agosto de 1997.

_____. Resolução nº 1.455, de 11 de agosto de 1995. Reconhece a Acupuntura como especialidade médica. Coletada na Internet: www.cfm.org.br.

_____. Resolução nº 1.499, de 26 de agosto de 1998. Proíbe o uso médico de práticas terapêuticas não reconhecidas pela comunidade científica. Coletada na Internet: www.cfm.org.br.

_____. Resolução nº 1.601, de 09 de agosto de 2000. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento de Declarações de Óbito. Coletada na Internet: www.cfm.org.br.

_____. Resolução nº 1.627, de 23 de outubro de 2001. Define o ato médico e dá outras providências. Coletada na Internet: www.cfm.org.br.

RIO GRANDE DO SUL. Lei nº 9.716, de 7 de agosto de 1992. Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quando às internações compulsórias, e dá outras providências. Legislação federal e estadual do SUS. Porto Alegre: SES/RS, 2000.

_____. Lei nº 10.097, de 31 de janeiro de 1994. Cria o Conselho Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e estabelece outras providências. Legislação federal e estadual do SUS. Porto Alegre: SES/RS, 2000.

_____. Constituição do Estado do Rio Grande do Sul, de 3 de outubro de 1989. Legislação federal e estadual do SUS. Porto Alegre: SES/RS, 2000.

_____. Emenda Constitucional nº 25, de 8 de junho de 1999. Dispõe sobre o percentual mínimo de recursos da Receita Tributária Líquida que deverão ser utilizados em ações e serviços de saúde. Legislação federal e estadual do SUS. Porto Alegre: SES/RS, 2000.

ANEXOS

Anexo I
Relação de publicações médicas utilizadas

Referência	Nome	Complemento
[JAMB, 1305]	Jornal da Associação Médica Brasileira	N. 1305, janeiro/fevereiro/março, 2000.
[JAMB, 1306]	Jornal da Associação Médica Brasileira	N. 1306, abril/maio, 2000.
[JAMB, 1307]	Jornal da Associação Médica Brasileira	N. 1307, junho, 2000.
[JAMB, 1308]	Jornal da Associação Médica Brasileira	N. 1308, julho/agosto, 2000.
[JAMB, 1309]	Jornal da Associação Médica Brasileira	N. 1309, setembro/outubro, 2000.
[JAMB, 1310]	Jornal da Associação Médica Brasileira	N. 1310, novembro/dezembro, 2000.
[JAMB, 1311]	Jornal da Associação Médica Brasileira	N. 1311, janeiro/fevereiro, 2001.
[JAMB, 1312]	Jornal da Associação Médica Brasileira	N. 1312, março/abril, 2001.
[JAMB, 1313]	Jornal da Associação Médica Brasileira	N. 1313, maio/junho, 2001.
[JAMB, 1314]	Jornal da Associação Médica Brasileira	N. 1314, julho/agosto, 2001.
[JAMB, 1315]	Jornal da Associação Médica Brasileira	N. 1315, setembro/outubro, 2001.
[JAMB, 1316]	Jornal da Associação Médica Brasileira	N. 1316, novembro/dezembro, 2001.
[MED, 77]	Jornal Medicina – CFM	Ano X, n. 77, janeiro, 1997.
[MED, 78]	Jornal Medicina - CFM	Ano X, n. 78, fevereiro, 1997.
[MED, 79]	Jornal Medicina - CFM	Ano X, n. 79, março, 1997.
[MED, 80]	Jornal Medicina - CFM	Ano X, n. 80, abril, 1997.
[MED, 81]	Jornal Medicina - CFM	Ano X, n. 81, maio, 1997.
[MED, 82]	Jornal Medicina - CFM	Ano X, n. 82, junho, 1997.
[MED, 83]	Jornal Medicina - CFM	Ano X, n. 83, julho, 1997.
[MED, 84]	Jornal Medicina - CFM	Ano X, n. 84, agosto, 1997.
[MED, 85]	Jornal Medicina - CFM	Ano X, n. 85, setembro, 1997.
[MED, 86]	Jornal Medicina - CFM	Ano X, n. 86, outubro, 1997.
[MED, 87]	Jornal Medicina - CFM	Ano X, n. 87, novembro, 1997.
[MED, 88]	Jornal Medicina - CFM	Ano X, n. 88, dezembro, 1997.
[MED, 89]	Jornal Medicina - CFM	Ano XII, n. 89, janeiro, 1998.
[MED, 90]	Jornal Medicina - CFM	Ano XII, n. 90, fevereiro, 1998.
[MED, 91]	Jornal Medicina - CFM	Ano XII, n. 91, março, 1998.
[MED, 92]	Jornal Medicina - CFM	Ano XII, n. 92, abril, 1998.
[MED, 93]	Jornal Medicina - CFM	Ano XII, n. 93, maio, 1998.
[MED, 94]	Jornal Medicina - CFM	Ano XII, n. 94, junho, 1998.
[MED, 95]	Jornal Medicina - CFM	Ano XII, n. 95, julho, 1998.
[MED, 96]	Jornal Medicina - CFM	Ano XII, n. 96, agosto, 1998.
[MED, 97]	Jornal Medicina - CFM	Ano XII, n. 97, setembro, 1998.
[MED, 98]	Jornal Medicina - CFM	Ano XII, n. 98, outubro, 1998.
[MED, 99]	Jornal Medicina - CFM	Ano XII, n. 99, novembro, 1998.
[MED, 100]	Jornal Medicina - CFM	Ano XII, n. 100, dezembro, 1998.
[MED, 101]	Jornal Medicina - CFM	Ano XIV, n. 101, janeiro, 1999.
[MED, 102]	Jornal Medicina - CFM	Ano XIV, n. 102, fevereiro, 1999.
[MED, 103]	Jornal Medicina - CFM	Ano XIV, n. 103, março, 1999.
[MED, 104]	Jornal Medicina - CFM	Ano XIV, n. 104, abril, 1999.
[MED, 105]	Jornal Medicina - CFM	Ano XIV, n. 105, maio, 1999.
[MED, 106]	Jornal Medicina - CFM	Ano XIV, n. 106, junho, 1999.
[MED, 107]	Jornal Medicina - CFM	Ano XIV, n. 107, julho, 1999.
[MED, 108]	Jornal Medicina - CFM	Ano XIV, n. 108, agosto, 1999.
[MED, 109]	Jornal Medicina - CFM	Ano XIV, n. 109, setembro, 1999.

[MED, 110]	Jornal Medicina - CFM	Ano XIV, n. 110, outubro, 1999.
[MED, 111]	Jornal Medicina - CFM	Ano XIV, n. 111, novembro, 1999.
[MED, 112]	Jornal Medicina - CFM	Ano XIV, n. 112, dezembro, 1999.
[MED, 113]	Jornal Medicina - CFM	Ano XV, n. 113, janeiro, 2000.
[MED, 114]	Jornal Medicina - CFM	Ano XV, n. 114, fevereiro, 2000.
[MED, 115]	Jornal Medicina - CFM	Ano XV, n. 115, março, 2000.
[MED, 116]	Jornal Medicina - CFM	Ano XV, n. 116, abril, 2000.
[MED, 117/8]	Jornal Medicina - CFM	Ano XV, n. 117/8, maio/junho, 2000.
[MED, 119/20]	Jornal Medicina - CFM	Ano XV, n. 119/20, julho/agosto, 2000.
[MED, 121]	Jornal Medicina - CFM	Ano XV, n. 121, setembro, 2000.
[MED, 122/3]	Jornal Medicina - CFM	Ano XV, n. 122/3, outubro/novembro, 2000.
[MED, 124]	Jornal Medicina - CFM	Ano XV, n. 124, dezembro, 2000.
[MED, 125]	Jornal Medicina - CFM	Ano XVI, n. 125, janeiro, 2001.
[MED, 126]	Jornal Medicina - CFM	Ano XVI, n. 126, fevereiro, 2001.
[MED, 127]	Jornal Medicina - CFM	Ano XVI, n. 127, março/abril, 2001.
[MED, 128]	Jornal Medicina - CFM	Ano XVI, n. 128, maio/junho, 2001.
[MED, 129]	Jornal Medicina - CFM	Ano XVI, n. 129, agosto, 2001.
[MED, 130]	Jornal Medicina - CFM	Ano XVI, n. 130, setembro, 2001.
[MED, 131]	Jornal Medicina - CFM	Ano XVI, n. 131, out/nov/dez, 2001.
[RAMB, 44(1)]	Revista da Associação Médica Brasileira	V. 44, n. 1, janeiro/março, 1998.
[RAMB, 44(2)]	Revista da Associação Médica Brasileira	V. 44, n. 2, abril/junho, 1998.
[RAMB, 44(3)]	Revista da Associação Médica Brasileira	V. 44, n. 3, julho/setembro, 1998.
[RAMB, 44(4)]	Revista da Associação Médica Brasileira	V. 44, n. 4, outubro/dezembro, 1998.
[RAMB, 45(1)]	Revista da Associação Médica Brasileira	V. 45, n. 1, janeiro/março, 1999.
[RAMB, 45(2)]	Revista da Associação Médica Brasileira	V. 45, n. 2, abril/junho, 1999.
[RAMB, 45(3)]	Revista da Associação Médica Brasileira	V. 45, n. 3, julho/setembro, 1999.
[RAMB, 45(4)]	Revista da Associação Médica Brasileira	V. 45, n. 4, outubro/dezembro, 1999.
[RAMB, 46(1)]	Revista da Associação Médica Brasileira	V. 46, n. 1, janeiro/março, 1999.
[RAMB, 46(2)]	Revista da Associação Médica Brasileira	V. 46, n. 2, abril/junho, 2000.
[RAMB, 46(3)]	Revista da Associação Médica Brasileira	V. 46, n. 3, julho/setembro, 2000.
[RAMB, 46(4)]	Revista da Associação Médica Brasileira	V. 46, n. 4, outubro/dezembro, 2000.
[RAMB, 47(1)]	Revista da Associação Médica Brasileira	V. 47, n. 1, janeiro/março, 2001.
[RAMB, 47(2)]	Revista da Associação Médica Brasileira	V. 47, n. 2, abril/junho, 2001.
[RAMB, 47(3)]	Revista da Associação Médica Brasileira	V. 47, n. 3, julho/setembro, 2001.
[RAMB, 47(4)]	Revista da Associação Médica Brasileira	V. 47, n. 4, outubro/dezembro, 2001.

Anexo II

Relação de jornais e revistas de circulação comercial utilizados

Referência	Data	Jornal / Revista	Título da Reportagem
[FSP, 09/02/1997]	09/02/97	Folha de S. Paulo	<i>Transplantes: falta de estrutura ameaça a lei de doação</i> <i>Para governo, economia global será maior</i>
[FSP, 05/08/1997]	05/08/97	Folha de S. Paulo	<i>Rejeição pode ser psicológica</i>
[FSP, 21/09/1997]	21/09/97	Folha de S. Paulo	<i>SP organiza grupos para tentar agilizar transplantes</i>
[FSP, 02/01/1998]	02/01/98	Folha de S. Paulo	<i>Transplante: SP enfrenta 1ª resistência à lei de doação</i>
[FSP, 03/01/1998]	03/01/98	Folha de S. Paulo	<i>Lei não torna retirada de órgãos obrigatória</i> <i>Lei foi pouco divulgada</i> <i>Lei amplia aproveitamento</i> <i>Governo diz que a lei deve ser obedecida</i> <i>Família tem de autorizar</i> <i>Família de doador decidirá o transplante</i> <i>Família de doador decidirá o transplante</i> <i>Faltam estruturas médica e hospitalar</i> <i>Dúvida sobre causa de morte impede a doação</i> <i>Diagnóstico é seguro</i>
[FSP, 06/01/1998]	06/01/98	Folha de S. Paulo	<i>SP cria sistema que burla lista única</i> <i>Só rico vai receber, diz não doador</i> <i>Presidente não vai mudar o texto</i> <i>Nos EUA, há falta de doadores</i> <i>Morte cerebral é subnotificada</i> <i>Maria, 53, espera um rim há 15 anos</i> <i>Maioria quer RG de não doador</i> <i>I.S., 47, quer vender um rim</i> <i>França tem doação presumida</i> <i>Família nega autorização para doação</i> <i>Dor de sobreviver</i> <i>Dôo, mas sou contra a imposição</i> <i>Conselho quer pressão para mudar lei</i> <i>Brasil não tem estrutura, afirma o Ministro</i> <i>2 córneas desaparecem em BH</i>
[FSP, 12/01/1998]	12/01/98	Folha de S. Paulo	<i>Na fila, pela segunda vez</i> <i>Medo de estar vivo afasta doador</i> <i>Jovem é o melhor candidato a doador</i>
[FSP, 16/01/1998]	16/01/98	Folha de S. Paulo	<i>Jornal cita nova lei de transplante</i>
[FSP, 07/03/1998]	07/03/98	Folha de S. Paulo	<i>Respiração tem de parar para bebê ser doador</i>
[FSP, 30/04/1998]	30/04/98	Folha de S. Paulo	<i>Médico nos EUA morre antes de paciente</i>
[FSP, 07/11/1998]	07/11/98	Folha de S. Paulo	<i>Célula permite transplante sem rejeição</i>
[FSP, 08/07/1999]	08/07/99	Folha de S. Paulo	<i>Reino Unido tem "transplante racista"</i>
[FSP, 08/07/1999]	08/07/99	Folha de S. Paulo	<i>Exigência é ilegal no Brasil</i>
[FSP, 07/12/1999]	07/12/99	Folha de S. Paulo	<i>Artigo questiona morte cerebral</i>
[FSP, 14/12/1999]	14/12/99	Folha de S. Paulo	<i>Médicos contestam artigo sobre morte</i>
[FSP, 03/04/2000]	03/04/00	Folha de S. Paulo	<i>Fila para transplantes pode ter alteração</i>
[FSP, 21/10/2000]	21/10/00	Folha de S. Paulo	<i>Homem que sofreu transplante de mão há dois anos diz desejar amputá-la</i>
[FSP, 29/12/2001]	29/12/01	Folha de S. Paulo	<i>Discussão adia primeiro transplante de mão</i>

[JB, 31/12/1997]	31/12/97	Jornal do Brasil	<i>Transplantes aumentam mesmo sem a lei</i> <i>Reclamações e desinformação</i>
[JB, 11/12/2000]	11/12/00	Jornal do Brasil	<i>Movimento contesta uso critério da morte cerebral</i>
[JB, 01/04/2001]	01/04/01	Jornal do Brasil	<i>Transplante vira caso de polícia</i>
[JB, 03/05/2001]	03/05/01	Jornal do Brasil	<i>Ciência reproduz células cerebrais</i>
[JB, 14/06/2001]	14/06/01	Jornal do Brasil	<i>Fromer tem órgãos doados</i>
[JB, 04/09/2001]	04/09/01	Jornal do Brasil	<i>Aparelho substitui o fígado</i>
[JB, 09/09/2001]	09/09/01	Jornal do Brasil	<i>Quando, afinal, termina a vida? Critérios estabelecidos</i>
[JB, 29/09/2001]	29/09/01	Jornal do Brasil	<i>Com os médicos católicos</i>
[JB, 26/12/2001]	26/12/01	Jornal do Brasil	<i>País é alvo do tráfico de pessoas</i>
[JB, 19/04/2002]	19/04/02	Jornal do Brasil	<i>Uma opção terapêutica</i>
[JC, 21/06/1998]	21/06/98	Jornal do Commercio	<i>Novas pesquisas revelam como as emoções comandam o cérebro</i>
[JC, 05/08/1998]	05/08/98	Jornal do Commercio	<i>Saúde: Muda regra e o transplante de órgãos só com ordem da família</i>
[JC, 06/08/1998]	06/08/98	Jornal do Commercio	<i>Saúde: Transplante de neurônio cura doença genética</i>
[JC, 07/10/1998]	07/10/98	Jornal do Commercio	<i>Saúde: MP esvazia lei de doação presumida de órgãos</i>
[JC, 22/10/2000]	22/10/00	Jornal do Commercio	<i>Oxigênio não chega mais ao cérebro e quadro é irreversível</i>
[ESP, 21/01/1997]	21/01/97	O Estado de S. Paulo	<i>Projeto controverso</i>
[ESP, 01/04/2000]	01/04/00	O Estado de S. Paulo	<i>País pode ficar sem doadores em 10 anos</i>
[ESP, 28/04/2000]	28/04/00	O Estado de S. Paulo	<i>Nova técnica de clonagem pode regenerar órgãos</i>
[ESP, 17/08/2000]	17/08/00	O Estado de S. Paulo	<i>Recusa familiar em São Paulo é alta</i>
[ESP, 18/09/2000]	18/09/00	O Estado de S. Paulo	<i>Cresce número de transplantes no país</i>
[ESP, 26/10/2000]	26/10/00	O Estado de S. Paulo	<i>Transplantes: mudança na lei deve aumentar as doações</i>
[ESP, 08/02/2001]	08/02/01	O Estado de S. Paulo	<i>Doar órgãos pode ser mais difícil do que a boa vontade pode supor</i>
[ESP, 03/05/2001]	03/05/01	O Estado de S. Paulo	<i>Ciência reproduz células cerebrais</i>
[ESP, 22/09/2001]	22/09/01	O Estado de S. Paulo	<i>Brasil perde 35% das doações de órgãos</i>
[ESP, 07/12/2001]	07/12/01	O Estado de S. Paulo	<i>Vendem-se cadáveres por R\$ 5.480</i>
[ESP, 12/03/2002]	12/03/02	O Estado de S. Paulo	<i>Transplantes: novo capítulo na guerra dos remédios</i>
[GLO, 31/12/1997]	31/12/97	O Globo	<i>Doação presumida de órgãos entra em vigor</i>
[GLO, 03/01/1998]	03/01/98	O Globo	<i>Conselho defende desobediência à lei</i>
[GLO, 04/01/1998]	04/01/98	O Globo	<i>Médicos resistem à doação presumida</i>
[GLO, 06/01/1998]	06/01/98	O Globo	<i>Ministro Marco Aurélio de Mello do STF: vontade deveria ser explícita</i>
			<i>FH diz que a lei de doação de órgãos não será alterada</i>
[GLO, 09/01/1998]	09/01/98	O Globo	<i>A posição da igreja católica, batista e do judaísmo</i>
[GLO, 13/01/1998]	13/01/98	O Globo	<i>Em busca da morte</i>
[Veja, 16/07/1997]	16/07/97	Revista Veja	<i>Perigo de Rejeição: lista única de receptores de órgãos para transplante é medida difícil de ser adotada</i>
[Veja, 07/01/1998]	07/01/98	Revista Veja	<i>Doação difícil: cresce número de pessoas contra retirada de órgãos</i>
[Veja, 14/01/1998]	14/01/98	Revista Veja	<i>A vida na morte. Entrevista com Milton Glezer</i>
			<i>A revolta do transplante. Opinião</i>
			<i>Escultor de mortos: médico alemão usa cadáveres de verdade em exposição sobre anatomia humana</i>
			<i>O homem que quer ser Deus: cientista americano anuncia que vai começar a fazer cópias de seres humanos dentro de 90 dias</i>
[Veja, 16/12/1998]	16/12/98	Revista Veja	<i>Um kit de órgãos</i>
[Super, 01/03/2001]	01/03/01	Superinteressante	<i>Direito de Morrer</i>
[Super, 01/02/2002]	01/02/02	Superinteressante	<i>Morte</i>

Anexo III**Relação de Atas e Pautas das reuniões do Conselho Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (CES/RS) realizadas nos anos de 1999 a 2001**

[CES, 21/01/1999] - 1ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 1999.

1 – Ata e Expediente; 2 – Apresentação das Propostas da Secretaria da Saúde para a nova gestão; 3 – Assuntos Gerais.

[CES, 21/02/1999] - 2ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 1999.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Escolha e posse dos novos representantes dos segmentos de Usuários e Governo na Mesa Diretora do CES/RS; 5 – Projeto “Mãos Dadas”; 6 – Plano Plurianual da SES/RS.

[CES, 11/03/1999] - 3ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 1999.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Habilitação do RS à Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde; 5 – Política Estadual de Atenção à Saúde da Mulher.

[CES, 25/03/1999] - 4ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 1999.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Plano Plurianual da SES/RS; 5 – Escolha dos Delegados do CES/RS para a Plenária Nacional de Conselheiros de Saúde; 6 - Avaliação do Atendimento em DST/AIDS no RS.

[CES, 15/04/1999] - 5ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 1999.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Prestação de Contas da SES/RS; 5 – Projeto de Assistência Farmacêutica Básica para o RS; 6 – Projetos de Atendimento às Urgências e Emergências e à Gestante de Alto Risco no RS; 7 – Análise do Parecer da Comissão Interconselhal sobre o Projeto “Mãos Dadas”; 8 – Informes sobre o Encontro Estadual de Saúde do Trabalhador.

[CES, 29/04/1999] - 6ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 1999.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Prestação de Contas da SES/RS; 5 – Projeto de Atendimento à Gestante de Alto Risco no RS; 6 – Informes sobre o Encontro Estadual de Saúde do Trabalhador.

[CES, 13/05/1999] - 7ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 1999.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Prestação de Contas da SES/RS; 5 – Cobranças irregulares por atendimentos em serviços vinculados ao SUS.

[CES, 10/06/1999] - 8ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 1999.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Relato da VII Plenária Nacional de Conselheiros de Saúde; 5 – Projeto Municipalização Solidária da Saúde; 6 - Projeto de reestruturação da vigilância à saúde no SUS (Vigsus); 7 – Prestação de Contas da SES/RS.

[CES, 24/06/1999] - 9ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 1999.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Projeto Rede Gaúcha de Informações em Saúde (RGIS); 5 – Política estadual de controle do uso de agrotóxicos na agricultura.

[CES, 08/07/1999] - 10ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 1999.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Conselhos Regionais de Saúde do CES/RS; 5 – Política estadual de medicamentos; 6 – Organismos geneticamente modificados (transgênicos).

[CES, 22/07/1999] - 11ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 1999.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Projeto “Mãos Dadas”; 5 – Planejamento das atividades de formação de conselheiros de saúde; 6 – Organismos geneticamente modificados (transgênicos).

[CES, 05/08/1999] - 12ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 1999.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Projeto de qualificação da rede hospitalar vinculada ao SUS no RS (Funafir); 5 – Organismos geneticamente modificados (transgênicos); 6 – Mudança da Sede do CES/RS.

[CES, 19/08/1999] - 13ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 1999.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Projeto de qualificação de rede hospitalar vinculada ao SUS no RS (Funafir); 5 – Comissão Intergestores Bipartite e interfaces com o CES/RS; 6 – Prestação de contas da SES/RS.

[CES, 02/09/1999] - 14ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 1999.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Proposta orçamentária da SES/RS para 2000; 5 – Escolha da Comissão Organizadora do Encontro Estadual de Conselheiros de Saúde; 6 – Criação da Comissão de DST/AIDS do CES/RS; 7 – Programa de promoção à saúde da mulher e da família rural no RS.

[CES, 16/09/1999] - 15ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 1999.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Projeto de qualificação de rede hospitalar vinculada ao SUS no RS (Funafir); 5 – Política estadual de atenção às populações acampadas, assentadas e atingidas por barragens; 6 – Encontro Estadual de Conselhos de Saúde; 7 – Participação do CES/RS no movimento de pressão sobre o Congresso Nacional pela votação da PEC 169; 8 – Participação do CES/RS no Encontro Nacional de Saúde Mental, em Maceió.

[CES, 30/09/1999] - 16ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 1999.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Situação da Dengue no RS e as medidas para seu controle; 5 – Relato da participação do CES/RS na mobilização pela aprovação da PEC 169; 6 – Consórcios Regionais de Saúde no RS e o controle social; 7 – Informe do VII Encontro Estadual de Conselhos de Saúde.

[CES, 14/10/1999] - 17ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 1999.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Farmácias Municipais de Municipalização; 5 – Política estadual de concessão de órteses e próteses (Convênio com o Hospital Conceição); 6 – Informes do VII Encontro Estadual de Conselhos de Saúde.

[CES, 28/10/1999] - 18ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 1999.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Política estadual de concessão de órteses e próteses (Convênio com o Hospital Conceição); 6 – Municipalização Solidária da Saúde – 2000; 7 – Informes do VII Encontro Estadual de Conselhos de Saúde.

[CES, 11/11/1999] - 19ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 1999.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Prestação de contas da SES/RS e Relatório de Gestão do SUS/RS; 5 – Municipalização Solidária da Saúde – 2000; 6 – Política Estadual de Apoio e Qualificação da Assistência Hospitalar aos Usuários do SUS (Saúde Solidária); 7 – Informes sobre o VII Encontro Estadual de Conselhos de Saúde.

[CES, 25/11/1999] - 20ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 1999.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Relatório de Gestão do SUS/RS; 5 – Política Estadual de Apoio e Qualificação da Assistência Hospitalar aos Usuários do SUS (Saúde Solidária); 6 - Informes sobre o VII Encontro Estadual de Conselhos de Saúde. (A Reunião foi interrompida às 15:30 h e transferida para a Assembléia Legislativa para o acompanhamento das votações do orçamento estadual).

[CES, 09/12/1999] - 21ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 1999.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Política Estadual de Apoio e Qualificação da Assistência Hospitalar aos Usuários do SUS (Saúde Solidária); 5 – Projeto Verão com Vida 2000; 6 – Calendário de Atividades do CES/RS para 2000; 7 – Informes sobre o VII Encontro Estadual de Conselheiros.

[CES, 27/01/2000] - 1ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2000.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Relato da VIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde; 5 – Avaliação do VII Encontro Estadual de Conselhos de Saúde; 6 – Municipalização Solidária da Saúde – Fração Hospitais Públicos Municipais; 7 – Calendário de Reuniões do CES/RS para 2000.

[CES, 24/02/2000] - 2ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2000.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Regimento Interno da Comissão de Saúde Mental; 5 – Conselhos Regionais de Saúde do CES/RS; 6 – Informe da III Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.

[CES, 16/03/2000] - 3ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2000.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Conselhos Regionais de Saúde do CES/RS; 5 – Centrais de Regulação das Ações e Serviços de Saúde no RS; 6 – Informes e escolha da Comissão Organizadora da III Conferência Estadual de Saúde do RS.

[CES, 06/04/2000] - 4ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2000.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Relatório de Gestão do SUS/RS de 1999; 5 – Plano de Aplicação de Recursos da SES/RS; 6 – Informes da III Conferência Estadual de Saúde do RS.

[CES, 13/04/2000] - 5ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2000.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Situação do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas; 5 – Contratos de Metas para os Hospitais Universitários (FIDEPS); 6 – Política Estadual de Órteses e Próteses; 7 – Informes da III Conferência Estadual de Saúde do RS.

[CES, 27/04/2000] - 6ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2000.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Constituição da Comissão Eleitoral do CES/RS; 5 – Avaliação da Política Estadual de Atenção à Saúde das Populações Itinerantes; 6 – Informes da III Conferência Estadual de Saúde do RS.

[CES, 11/05/2000] - 7ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2000.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Regulamento da III Conferência Estadual de Saúde do RS; 5 – Política Estadual de Atenção à Saúde das Populações Itinerantes; 6 – Projeto Nacional de Capacitação de Conselheiros de Saúde.

[CES, 25/05/2000] - 8ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2000.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Assistência aos Portadores de HIV/AIDS; 5 – Regimento Eleitoral do CES/RS; 6 – Conselhos Gestores nos Serviços de Saúde do RS; 7 – Informes da III Conferência Estadual de Saúde do RS.

[CES, 08/06/2000] - 9ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2000.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Pareceres da Comissão de Acompanhamento do Processo Orçamentário; 5 – Conselhos Gestores nos Serviços de Saúde do RS; 6 – Informes da III Conferência Estadual de Saúde do RS.

[CES, 10/07/2000] - 10ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2000.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Descentralização da Fundação Nacional de Saúde; 5 – Informes e deliberações sobre a III Conferência Estadual de Saúde do RS.

[CES, 20/07/2000] - 11ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2000.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisas em Saúde (FIDEPS) para os Hospitais Universitários; 5 – Regimento Interno da Comissão dos Conselhos Regionais do CES/RS; 6 - Informes da III Conferência Estadual de Saúde do RS; 7 – Eleições para a Mesa Diretora do CES/RS para a Gestão 2000 - 2002.

[CES, 03/08/2000] - 12ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2000.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Projeto Saúde Solidária - 2000; 5 – Eleição dos representantes do CES/RS na I Plenária Regional de Conselhos de Saúde; 6 - Informes da III Conferência Estadual de Saúde do RS; 7 – Posse da Mesa Diretora do CES/RS – Gestão 2000-2002.

[CES, 16/08/2000] - 13ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2000.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Proposta Orçamentária da SES/RS para 2001; 5 – Política Estadual de Transplante de Órgãos e Tecidos; 6 - Informes da III Conferência Estadual de Saúde do RS.

[CES, 31/08/2000] - 14ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2000.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Proposta Orçamentária da SES/RS para 2001; 5 – Projeto Municipalização Solidária da Saúde – 2001; 6 – Informes da III Conferência Estadual de Saúde do RS.

[CES, 06/09/2000] - 1ª Reunião Plenária Extraordinária do ano de 2000.

1 – Proposta Orçamentária da SES/RS para 2001.

[CES, 14/09/2000] - 15ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2000.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Informes da III Conferência Estadual de Saúde do RS; 5 – Municipalização Solidária da Saúde – 2001; 6 – Conselhos Gestores nos Serviços de Saúde do RS.

[CES, 28/09/2000] - 16ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2000.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Informes da III Conferência Estadual de Saúde do RS; 5 – Conselhos Gestores nos Serviços de Saúde do RS.

[CES, 26/10/2000] - 17ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2000.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Avaliação da III Conferência Estadual de Saúde do RS; 5 – Avaliação do funcionamento das Comissões do CES/RS; 6 – XI Conferência Nacional de Saúde.

[CES, 09/11/2000] - 18ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2000.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Política Estadual de Atenção à Saúde do Trabalhador; 5 – Consórcios de Saúde no RS; 6 - XI Conferência Nacional de Saúde.

[CES, 23/11/2000] - 19ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2000.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Política Tributária do Estado do Rio Grande do Sul; 5 - Prestação de Contas do SUS/RS; 6 – XI Conferência Nacional de Saúde.

[CES, 11/01/2001] - 1ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2001.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Acesso do Controle Social às contas dos Fundos Municipais de Saúde (Banrisul); 5 – Apresentação do Plano Operacional Anual de DST/AIDS para 2001.

[CES, 15/02/2001] - 2ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2001.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Acesso do Controle Social às contas dos Fundos Municipais de Saúde (Banrisul); 5 – Funcionamento do SUS na Região Metropolitana.

[CES, 08/03/2001] - 3ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2001.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Projetos Inovadores do SUS/RS; 5 – Protocolos Técnicos para o SUS/RS nas áreas de saúde bucal, saúde mental, saúde da mulher e cidadania alimentar.

[CES, 22/03/2001] - 4ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2001.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Norma Operacional Básica do SUS nº 01/2001; 5 – Centrais de Regulação do SUS/RS; 6 – Repasse de recursos estaduais para os municípios novos.

[CES, 05/04/2001] - 5ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2001.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Testagens de rastreamento neonatal de doenças congênitas no Rio Grande do Sul (Teste do Pezinho); 5 – Norma Operacional da Assistência à Saúde nº 01/2001; 6 – Ato pelo Dia Mundial da Saúde: em defesa da garantia de acesso e da gratuidade no SUS/RS.

[CES, 19/04/2001] - 6ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2001.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Critérios de acompanhamento dos repasses financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde; 5 – Organização e funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde.

[CES, 03/05/2001] - 7ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2001.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Critérios de acompanhamento dos repasses financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde; 5 – Prestações de contas da SES/RS.

[CES, 17/05/2001] - 8ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2001.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Conferência Estadual de DST/AIDS; 5 – Política Estadual de Plantas Medicinais; 6 – Critérios de acompanhamento dos repasses financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde.

[CES, 31/05/2001] - 9ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2001.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – A Febre Aftosa no Rio Grande do Sul e as repercussões na saúde; 5 – Regimento Interno da Comissão de DST/AIDS para 2001; 6 – Regimento Interno do CES/RS e dos Conselhos Regionais de Saúde.

[CES, 21/06/2001] - 10ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2001.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica; 5 – Conselhos Gestores nos serviços de saúde vinculados ao SUS/RS.

[CES, 05/07/2001] - 11ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2001.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Política estadual para atenção aos portadores de obesidade mórbida; 5 – Política estadual de órteses e próteses; 6 – Conferência Estadual de Saúde Mental; 7 – Projetos Saúde Solidária (SES/RS) e Integrasmus (MS).

[CES, 19/07/2001] - 12ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2001.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Política estadual para atenção aos portadores de obesidade mórbida; 5 – Política estadual de órteses e próteses; 6 – II Conferência Estadual de Saúde Mental; 7 – Projetos Saúde Solidária (SES/RS) e Integrasmus (MS).

[CES, 02/08/2001] - 13ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2001.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – II Conferência Estadual de Saúde Mental; 5 – Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde (CES/RS); 6 – Fração Especial para Populações Itinerantes – Municipalização Solidária da Saúde; 7 – VIII Plenária Estadual de Conselhos de Saúde.

[CES, 09/08/2001] - 1ª Reunião Plenária Extraordinária do ano de 2001.

1 – Ata e Expediente; 2 – Conselhos Gestores nos serviços de saúde vinculados ao SUS/RS.

[CES, 23/08/2001] - 14ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2001.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Relatório de Gestão do SUS/RS; 5 – Proposta orçamentária da SES/RS para 2002; 6 – VIII Plenária Estadual de Conselhos de Saúde.

[CES, 31/08/2001] - 15ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2001.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – VIII Plenária Estadual de Conselheiros de Saúde; 5 – Conselhos Gestores nos serviços de saúde vinculados ao SUS/RS; 6 – Regimento Interno do CES/RS; 7 – II Conferência Estadual de Saúde Mental; 8 – I Conferência Estadual de Vigilância Sanitária.

[CES, 13/09/2001] - 16ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2001.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – VIII Plenária Estadual de Conselheiros de Saúde; 5 – Conselhos Gestores nos serviços de saúde vinculados ao SUS/RS; 6 – Regimento Interno do CES/RS; 7 – II Conferência Estadual de Saúde Mental; 8 – I Conferência Estadual de Vigilância Sanitária.

[CES, 27/09/2001] - 17ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2001.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – VIII Plenária Estadual de Conselheiros de Saúde; 5 – Cartão Nacional de Saúde; 6 – Regimento Interno do CES/RS; 7 – II Conferência Estadual de Saúde Mental; 8 – I Conferência Estadual de Vigilância Sanitária.

[CES, 11/10/2001] - 18ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2001.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Avaliação da VIII Plenária Estadual de Conselheiros de Saúde; 5 – Plenária da Região Sul e Plenária Nacional de Conselhos de Saúde; 6 – Municipalização Solidária da Saúde para 2002; 7 – II Conferência Estadual de Saúde Mental; 8 – I Conferência Estadual de Vigilância Sanitária.

[CES, 25/10/2001] - 19ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2001.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – II Conferência Estadual de Saúde Mental; 5 – I Conferência Estadual de Vigilância Sanitária; 6 – Código Estadual de Saúde; 7 – Programa de Saúde da Família; 8 – Política Estadual de Saúde do Trabalhador.

[CES, 22/11/2001] - 20ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2001.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Avaliação da II Conferência Estadual de Saúde Mental; 5 – Avaliação da I Conferência Estadual de Vigilância Sanitária; 6 – Avaliação da II Plenária Regional de Conselhos de Saúde da Região Sul; 7 – Relatório de Gestão do SUS/RS; 8 – Regimento Interno do SES/RS.

[CES, 06/12/2001] - 21ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2001.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Avaliação de Conselhos Municipais de Saúde com irregularidades denunciadas; 5 – Projetos especiais da SES/RS para o orçamento 2001.

[CES, 20/12/2001] - 22ª Reunião Plenária Ordinária do ano de 2001.

1 – Ata e Expediente; 2 – Informes e Assuntos Gerais; 3 – Relatos das Comissões; 4 – Conselho Municipal de Saúde de Santo Ângelo; 5 – Projetos especiais da SES/RS para o orçamento de 2001; 6 – Capacitação de Conselheiros de Saúde e Agentes Sociais no RS; 7 – Recomendações do Conselho Regional de Saúde de Ijuí para o Programa de Atendimento à Gestante de Alto Risco.