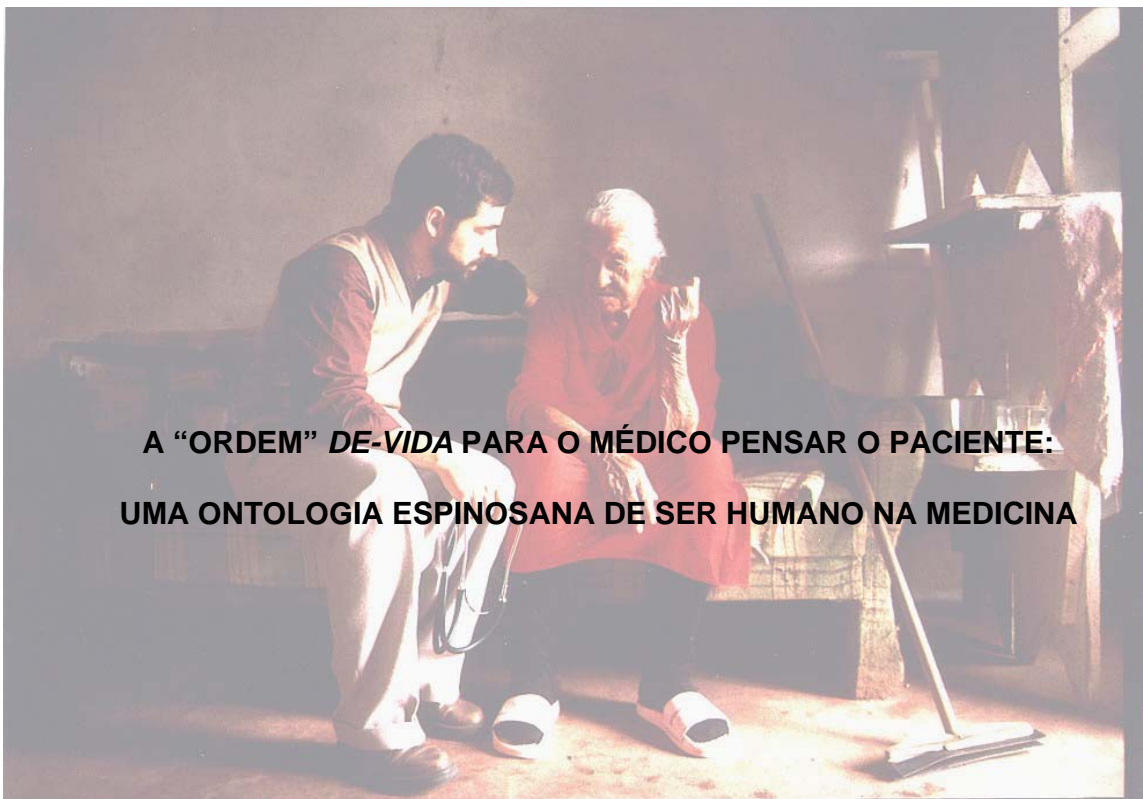


UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

TESE DE DOUTORADO



Tese apresentada como exigência parcial
para obtenção do grau de Doutor em
Educação sob orientação da Professora
Doutora Carmen Lucia Bezerra Machado

Autor: Odalci José Pustai
Dezembro de 2006

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES.....	5
AGRADECIMENTOS.....	6
HOMENAGEM.....	8
RESUMO.....	10
ABSTRACT.....	12
1. APRESENTAÇÃO.....	13
2. MONTANDO OS CENÁRIOS MÉDICOS.....	20
2. 1. INTRODUÇÃO.....	20
2. 2. DILEMA NA MEDICINA CIENTÍFICA MODERNA.....	22
2. 2. 1. CARACTERIZAÇÃO DOS SUB-CAMPOS.....	22
2. 2. 1. 1. O SUB-CAMPO FRAGMENTÁRIO.....	22
A FRAGMENTAÇÃO DO OBJETO.....	23
A SUPERESPECIALIZAÇÃO.....	29
A MEDICINA ORGANICISTA.....	38
A MEDICINA TECNOLÓGICA.....	43
2. 2. 1. 2. SUB-CAMPO GENERALISTA	50
CARACTERÍSTICAS GERAIS.....	50
DISPUTAS INTERNAS NO SUB-CAMPO.....	62
a. GRUPOS QUE DÃO ÊNFASE AO ATENDIMENTO CLÍNICO INDIVIDUAL.....	62
b. GRUPOS QUE DÃO ÊNFASE AOS PROGRAMAS PREVENTIVOS E DE SAÚDE COLETIVA.....	63
c. ESTRATÉGIA DO ACOLHIMENTO COMO TENTATIVA DE INTEGRAÇÃO.....	63
d. ACOMODAÇÃO SOCIAL OU TRANSFORMAÇÃO SOCIAL.....	64

QUESTÕES EPISTEMOLÓGICAS.....	65
a. O TODO E A PARTE.....	65
b. O CAMINHO INVERSO DA FUGA TECNOLÓGICA.....	67
c. CONSEQÜÊNCIAS PARA O RACIOCÍNIO CLÍNICO.....	67
QUESTÕES POLÍTICO-CONJUNTURAIS.....	69
a. VÍNCULO COM SISTEMAS DE SAÚDE ORGANIZADOS.....	69
b. GLOBALIZAÇÃO.....	71
3. POLINDO LENTES ESPINOSANAS.....	74
3. 1. INTRODUÇÃO.....	74
3. 2. O CONCEITO DE IMANÊNCIA EM ESPINOSA.....	77
3. 3. A NERVURA QUE RELIGA O CORPO E A MENTE.....	79
3. 4. A RECONSTRUÇÃO HOLONÔMICA.....	82
4. O OLHO EPISTÊMICO.....	89
INTRODUÇÃO.....	89
4. 1. VISUALIZANDO OS MATERIAIS.....	90
4. 2. <i>OCULUS SPECULUM</i>	94
4. 2. 1. O OLHO SOLIPSISTA.....	95
4. 2. 2. O OLHO FRAGMENTÁRIO.....	104
4. 2. 2. 1. A EXCLUSÃO DA NATUREZA HUMANA NA FORMAÇÃO E NO TRABALHO MÉDICO.....	105
4. 2. 2. 2. O FOCO NA PARTE.....	110
4. 2. 2. 3. A CONEXÃO ENTRE AS PARTES DESAPARECE.....	114
4. 2. 3. O OLHO TECNOLÓGICO DA HIPERTRANSPARÊNCIA.....	115
4. 2. 4. O MÉDICO NA RODINHA.....	120

4. 2. 5. A MÁSCARA INFLEXÍVEL.....	128
4. 2. 6. O OLHO DE FORA COMO SÍNTESE TEÓRICO-EMPÍRICA DO <i>OCULUS SPECULUM</i>	132
4. 3. O OLHO IMANENTE.....	140
4. 3. 1. PACIENTE E MÉDICO REINVENTANDO O TEMPO DE UMA MEDICINA HUMANISTA: A FOTO DO MÁRIO E DA PACIENTE.....	140
4. 3. 2. OS SENTIDOS E O SENTIDO ESPECIAL DA ESCUTA MÉDICA.....	166
4. 3. 3. UMA ONTOLOGIA ESPINOSANA DE SER HUMANO NA MEDICINA.....	178
4. 3. 4. A 'ORDEM' <i>DE-VIDA</i> PARA O MÉDICO PENSAR O PACIENTE.....	187
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	193
6. BIBLIOGRAFIA.....	197
7. ANEXOS.....	206
ANEXO I – O ESPÍRITO DA ÉPOCA NO NASCEDOURO DA MEDICINA CIENTÍFICA MODERNA.....	206
ANEXO II - CASO CLÍNICO.....	215
ANEXO III - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO I.....	219
ANEXO IV - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO II.....	220
ANEXO V - CARTA PARA OS MEMBROS DA LISTA DE DISCUSSÃO DA SBMFC.....	221
ANEXO VI – A CONSULTA MÉDICA EM CENA: RECONSTRUINDO A ARTE DE CURAR NO PALCO.....	223
ANEXO VII - BREAST CANCER VIDEO SCRIPT.....	226

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

SUS – Sistema Único de Saúde

APS – Atenção Primária em Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

MFC – Médico de Família e Comunidade

SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

sbmfc@grupos.com.br – Lista de discussão da Sociedade Brasileira de medicina de Família e Comunidade

PROMED – Programa de Melhoria e Expansão do Ensino Médico

FAMED – Faculdade de Medicina

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

DMS – Departamento de Medicina Social

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

CLIS – Comissão Local Interinstitucional de Saúde

COMGRAD – Comissão de Graduação

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

NEM – Núcleo de Educação Médica

PPG-Educação – Programa de Pós-Graduação em Educação

AGRADECIMENTOS

Para minha Orientadora Prof^a Dr^a Carmen Lucia Bezerra Machado que propiciou um espaço de liberdade para criação e, sempre que necessário, estendeu a mão segura para indicar caminhos.

Para os Professores Doutores Sérgio Luis Bassanesi, Alfredo Culleton e Augusto Nivaldo Silva Triviños pelas suas contribuições na qualificação do Projeto da Tese.

Para o Professor MD Roque Amadeu Kreutz pela sua sempre gentil e qualificada correção gramatical. Devo esclarecer que a versão final não foi submetida a correção.

Para meu bolsista Fabiano Santos dos Santos, parceiro de trabalho burocrático e “sparing” para muitas e boas discussões prévias ao texto. Esse agradecimento é extensivo para muitas pessoas que me escutaram e opinaram sobre questões da tese. Não posso citar todos, mas, alguns merecem um destaque especial: Carlo Cunha, Rodrigo Cáprio, Ricardo Kreutz, Roque Amadeu Kreutz, Raquel Barreto, Juliana Macedo, Daniela Aquino Camargo, Luciane Panisson, Roger dos Santos Rosa.

Para minha família: Adelaide, companheira de todas as horas; Nossos filhos amados Bárbara e Guilherme; ela, meu “solzinho amarelinho”; ele, todos meus tons de azul.

Pelo acolhimento que tive no PPG-Educação, primeiro como aluno PEC e depois como aluno efetivo do programa, na linha de pesquisa de Trabalho, Movimentos Sociais e Educação. Também agradeço pela boa vontade de professores de outras linhas de pesquisa, especificamente, os Professores Doutores Fernando Becker, Tomás Tadeu da Silva, Analice Dutra Pillar e Maria Stephanou.

Para a Universidade Federal do Rio Grande do Sul pelo seu interesse público de contribuir na qualificação acadêmica do seu quadro docente.

Aos colegas do setor de Atenção Primária em Saúde do Departamento de Medicina Social Professores Mário Tavares, João Werner Falk, Francisco Arsego de Oliveira, Erno Harzheim e aos inúmeros professores substitutos do Internato de Medicina Social, que aceitaram o desafio de reconstruir solidariamente um campo devastado.

Para todos os sujeitos entrevistados.

Aos trabalhadores do SUS.

Aos pacientes.

Aos alunos da FAMED/UFRGS, e, de maneira muito especial, ao grupo de alunos que desenvolveram a primeira experiência na disciplina de Prática em Atenção à Saúde, do novo Currículo da faculdade.

HOMENAGEM

Em memória da minha Mãe Verônica Welter Pustai

Mulher de tripla jornada de trabalho.

No trabalho da casa:

Lavava a roupa encardida da terra vermelha, no Rio Pessegueiro. Para os filhos que acompanhavam-na no verão: ela deixava tomar banho; no inverno: ela deixava pescar;

Tirava leite das vacas, tratava os bezerros;

Cozinhava, lavava as louças, a casa, arrumava as camas;

Fazia Cucas, Pão Branco, Pão de Milho, Roscas, Bolachas, Queijos e tantas outras delícias que me provocam água na boca e lágrimas de saudade.

Chamar, arrumar os filhos para a missa, o colégio, o trabalho;

Costurava e remendava as roupas que os filhos usavam e rasgavam subindo nas árvores, descendo as lombas, se embrenhando nas matas, vencendo barrancas de rios para pegar os Jundiás que eram preparados saborosamente pela Mamãe;

Na verdade eu seria incapaz de enumerar tudo o que ela fazia em casa e no entorno da casa. Mas, tem um detalhe importante: quando ela trabalhava na horta ou no jardim, ou em qualquer outra tarefa, sempre tinha algum filho junto dela para ajudar e aprender. Dessa maneira, trabalhava, e ensinava mais do que técnicas de cultivo, e manejo de plantas, ela ensinava toda a sabedoria da Natureza.

No trabalho da lavoura:

Ela acompanhava praticamente todas as tarefas da lavoura, apenas se abstendo daquilo que a divisão social do trabalho determinava como sendo típico do masculino. Lembro perfeitamente do dia em que todos, que tinham condições de

trabalhar, estavam capinando na lavoura, quando a mãe parou e se escorou na enxada dizendo que tinha chegado à hora. Era a hora da terceira jornada de trabalho.

No trabalho de ser Mãe:

Carregar dez (10) filhos na barriga;

Ganhar dez filhos em casa com uma Parteira Prática;

Ganhar um filho com Apresentação Pélvica (Ainda bem que já era o sétimo que, casualmente, era eu);

Criar dez filhos, com amor e carinho suficiente para cada um. Para tanto, ela contou com a ajuda inestimável dos filhos maiores e do Pai, a quem fiz homenagem na minha Dissertação de Mestrado.

Aprendi a ética do trabalho, a percepção da vida e o valor do trabalho com meus Pais. Espinosamente falando, tudo isso faz parte das minhas paixões alegres.

Homenageando minha mãe, penso estar homenageando o trabalho das mulheres. A 'Mais Valia' embutido no trabalho delas somente tem correspondência, em termos de 'valor', na contabilidade da dádiva propriamente humana. A reciprocidade masculina está em dívida.....

RESUMO

No último século, a Medicina Científica Moderna experimentou avanços consideráveis. Mas esse desenvolvimento carrega imanente uma causa cujo efeito é um dilema que apresenta duas tendências principais: 1. De um lado, uma força criadora epistemologicamente cartesiana fragmenta o ser humano, prioriza a tecnologia na ação do médico com um enfoque privilegiado no orgânico, na doença. Essa medicina multiplica as especializações e sub-especializações como conseqüência das fugas tecnológicas para frente e das sucessivas fragmentações do seu objeto original (o ser humano); e, no limite, pode engendrar uma ruptura holonômica entre as partes (fragmentos do corpo) e o todo (o paciente como um ser vivendo em sociedade). 2. De outro lado, está colocada uma prática médica generalista, fundamentada em princípios tais como: o paciente é visto como um ser humano; o paciente é portador de uma história de vida social, cultural e religiosa; o processo saúde-doença é considerado resultante das condições biopsicossociais em que vive o paciente; o paciente tem direito de ser atendido em todas as suas necessidades, com ações curativas, preventivas e reabilitadoras; o médico e o paciente devem se comunicar com mútuo entendimento; o médico trabalha com as necessidades do indivíduo e da comunidade.

A principal contribuição da presente tese é construir uma base filosófico-epistemológica para embasar o sub-campo da Medicina Generalista. Orientado por esse objetivo, busquei, em Espinosa, a fundamentação de uma ontologia de ser humano para a medicina, podendo assim afirmar, mediado pelo olho imanente, que existe uma 'ordem' de-vida para o médico pensar o paciente. Pelas lentes do olho imanente também é possível fazer uma releitura do sub-campo fragmentário. Assim,

a epistemologia cartesiana se transforma no 'oculus speculum', conferindo um novo sentido às principais características do referido sub-campo da Medicina Científica Moderna.

ABSTRACT

During the last century the Modern Scientific Medicine experienced notable advances. But, this development carries immanently a cause which effect is a medical dilemma with two trends.

On one side an innovative power epistemologically linked to Descartes that fractures the human being, prioritises the technology on the medical intervention with the focus on the organic and the disease. This kind of medicine creates the tendency of sub-specialization as a consequence of the “straight ahead technology scape”, and successive fracturing of the human being as his original subject, that can produce an holonomic rupture among parts and the human being as a whole.

The other trend is related to the generalistic medical practice based on other principles: Patient is considered a whole human being; Patients have a historical, social, cultural and religious life; The health-disease process is considered a result from the psycho-bio-social process in which environment the patient lives; Patients have the right to be attended on every necessities; The patient-physician communication is based on mutual comprehension; The physician deals with individual and community problems.

The main contribution of this thesis is a philosophical and epistemological basis to the generalist medicine. With that objective, I bring back the Spinoza's philosophy for to build an ontology of a human being to medicine, and considering this condition and looking through the 'immanent eye' we can say that exist a specific 'live-order' in which the physician comprehends the patient.

1. APRESENTAÇÃO

Abro este trabalho apresentando, resumidamente, dois fatos, complementando-os com comentários sobre uma imagem com muitos significados.

Primeiro fato: Em reunião oficial de uma comissão acadêmica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAMED/UFRGS), em meio a discussões sobre avaliação dos alunos, quando foi abordada a questão de como lidar com “alunos rebeldes”, um dos professores relatou o exemplo de um colega médico psiquiatra que, segundo esse relator, adotava um procedimento muito eficaz para pacientes que não queriam deitar no divã: O médico sentava-se numa cadeira bem alta, atrás de sua mesa, e oferecia uma cadeira bem baixa ao paciente. Com essa tática, o médico poderia olhar o paciente de cima para baixo, enquanto que o paciente era obrigado a olhar o médico de baixo para cima. Segundo a avaliação do colega-relator, os pacientes não demoravam muito para aceitar a sugestão de deitar no divã.

Outro colega e professor, presente à reunião, disse que adotava a mesma sistemática para alunos de medicina que questionavam notas e problemas nos estágios. Além de sentar num patamar bem acima do aluno, ele utilizava uma lâmpada instalada na parede, cujo foco era direcionado aos olhos do aluno. Ao concluir, disse que não precisava gastar muito tempo com argumentos, pois a situação pouco confortável do aluno não permitia que ele perseverasse na argumentação, desistindo, então, de suas reivindicações. (Observação de nº 8 do Caderno de Campo).

Segundo fato: Um médico especialista em Medicina de Família e Comunidade internou um paciente com meningite, num hospital de Porto Alegre.

Entretanto, o paciente teve uma complicação renal; por isso lhe foi solicitada uma consulta com um nefrologista. Este, após examinar o paciente, encontrou o médico de Família e Comunidade e explicou a situação dizendo que o problema renal era provavelmente reversível, não constituindo motivo para maiores preocupações. Muito gentil em suas explicações, o nefrologista dispôs-se a continuar colaborando para solucionar o problema do paciente. Ao terminar a conversa, usou a seguinte expressão: “Pode ficar tranquilo; eu fico de olho no rim dele”. O médico de Família e Comunidade ficou intrigado com essa observação, por ela ser tão pontual, direcionada unicamente para o rim, pois o paciente, além de uma meningite grave, também era cego, e nada disso fora objeto de observações do nefrologista¹. (Observação de nº 181 do Caderno de Campo).

Alguns aspectos desses dois fatos merecem uma atenção especial. Tanto o médico psiquiatra quanto o professor de medicina se situaram em posição superior, seja em relação ao paciente, seja em relação ao estudante de medicina. O seu olhar é o mesmo, sendo feito de cima para baixo. Por outro lado, o olhar do paciente e do estudante de medicina também é o mesmo, só que se realiza de baixo para cima, em direção ao médico e ao professor. No segundo relato, também chama atenção o efeito da luz, a “luz ofuscante”.

Do segundo fato, quero destacar o interesse central do médico. Um médico especialista em nefrologia dirige seu foco ao rim do paciente. Na mesma situação,

¹ Quero deixar claro que não tenho restrição ao trabalho dos especialistas considerados focais. Em relação à questão de qual perfil de médico mais adequado para o sistema de saúde, adoto a mesma posição apresentada por um dos meus entrevistados. “A medicina vai se desenvolver nas duas direções: precisamos bons especialistas, que tenham formação e experiência em problemas clínicos específicos com menor frequência na população; por outro lado é também adequado ter médicos com uma formação e experiência clínica mais geral para lidar com problemas com alta frequência na população. O primeiro pode morar mais longe. O segundo é interessante que more perto das pessoas, das famílias”. (Entrevista nº. 15 com o Dr. Carlos Grossman).

se nos fixássemos em outro pólo, poderíamos nos perguntar: Que tipo de foco poderia ser pensado para o lado do paciente? Qualquer que seja a resposta-hipótese sugerida, ela não conseguiria produzir mais do que uma sensação de vazio e absurdo. Aparentemente não há possibilidades de conexões.

Em oposição aos fatos apresentados, vou tecer alguns comentários sobre a imagem de marca de água da capa desta tese, que também se encontra reproduzida na página 140. Trata-se de uma fotografia em que aparecem um médico e uma paciente, esta se encontrando em sua casa. A cena retrata uma consulta médica realizada durante uma visita domiciliar. A imagem em si está repleta de significados, mas quero salientar algumas de suas características.

O médico está sentado no mesmo patamar da paciente. Ele está um pouco inclinado para frente, em posição de escuta. A paciente está falando e parece também comunicar alguma coisa com a mão esquerda. O ambiente mostra o mundo da vida, mais especificamente, o mundo de trabalho da paciente.

O olhar do médico é sobre a paciente, com leve inclinação de cima para baixo. O olhar da paciente é reto para frente, estando o médico apenas no campo da visão periférica. O olhar do fotógrafo, pela lente convexa, centraliza o foco e aproxima os dois personagens em direção à lente. A luz, projetando claros e escuros, ajuda a compor a imagem.

Sem querer postular qualquer interpretação apressada e reconhecendo seu caráter caricato, muito embora com certa força metafórica, os fatos e a situação apresentados são pequenas peças fragmentárias que têm a propriedade de antecipação, enunciando tensionamentos presentes no desenrolar deste estudo. Ou seja, o quadro pré-configurado tem a intenção de mostrar algumas idéias miniaturizadas, com promessas de desdobramentos na construção de um objeto de

pesquisa, um referencial teórico-metodológico, um campo empírico e as discussões necessárias para dar consistência a uma tese.

Nesta fase da escrita ainda me vejo na cômoda posição do fotógrafo, carregado de boas intenções heurísticas, com disposição para lançar mão das melhores lentes, aproveitar todo potencial dos focos de luz iluminando o objeto, preparando o olho, o olhar. Meu olho, armado de diferentes lentes, se encontra fora da cena, mas quer transitar para dentro dela. O olho de fora imanente no olho de dentro quer assombrar cada elo, desnudar e desvelar cada conexão; quer descobrir as nervuras que tecem os sentidos entre as coisas. O olho, em movimento de fora para dentro, transita entre todas as coisas que estão dentro da cena e, desta, para fora. Todo este itinerário busca a construção de conexões entre as idéias e as coisas. O aparelho visual e seus movimentos articulados em conjunto constituem a proto-idéia do olho epistêmico, que é materialista sem ser somente materialista, e é idealista sem ser somente idealista. O olho epistêmico tem a modesta pretensão de ser simplesmente minha construção de um olho espinosano.

Após esta pequena apresentação, faço alguns comentários de caráter introdutório e explicativo sobre alguns pontos deste trabalho.

Em relação ao título da tese, mesmo considerando que se compõe de termos controversos, não vou antecipar explicações, pois confio que vai se tornar compreensível no decorrer do estudo.

No meio acadêmico em que trabalho, não é muito usual colocar uma imagem na capa de uma tese, mesmo como marca de água. Por isso, cabe-me apresentar uma justificativa para essa opção. Em primeiro lugar, quero dizer que me apaixonei pela fotografia escolhida. Foi uma paixão à primeira vista. Não acredito que consiga dar uma explicação plausível para esse sentimento, mas, certamente,

tem a ver com a minha própria história como médico, como professor de medicina e com as questões que pretendo desenvolver no presente estudo.

Acredito que essa fotografia me despertou as mesmas sensações que tenho em relação às possibilidades de aprofundamento da tese, ou seja, tenho uma sensação inusitada, uma percepção de uma agenda oculta, uma dramaticidade profunda, como se estivesse chamando por um olho epistêmico. Sinto-me convidado, atraído a descobrir segredos, significados e sentidos, os quais sei que precisam ser construídos.

Em segundo lugar, quero esclarecer que o médico da fotografia em pauta é o Professor Mário Tavares. Além de ser um grande amigo meu, é um colega com o qual tenho discutido muitas questões presentes nesta tese, além de outras questões relacionadas à medicina, ao ensino médico, ao sistema de saúde no Brasil e à saúde em geral. Homenageando esse colega, penso estar homenageando também muitos médicos da especialidade de Medicina de Família e Comunidade, em especial, o Dr. Carlos Grossman, um dos pais dessa especialidade no Brasil. Ao olhar para a foto referida, não consigo deixar de lembrar do meu grande mestre Professor Amílcar Gigante, o qual homenageio *in memoriam* pelas grandes lições de medicina que estão imanentes no meu olho clínico.

Quero justificar a escolha do tema pela minha percepção empírica de que há um processo de desumanização na medicina, tanto na formação quanto na prática profissional. A relação médico-paciente está desvalorizada pelo uso abusivo de exames e tecnologias que, muitas vezes, substituem a anamnese com o paciente. Em conseqüência, o médico conversa cada vez menos com o paciente em consultas cada vez mais rápidas, diminuindo a chance de compreender o paciente, e de este compreender o médico.

Tenho a convicção que esses problemas se distribuem de forma diferente dentro do campo geral da Medicina Científica Moderna. Parto da premissa geral de que o objeto primeiro dessa medicina foi o ser humano como um todo. A partir disso, passo a considerar a existência de duas tendências: uma que fragmenta o ser humano e o retira de seu contexto sócio-histórico; e outra que reivindica uma medicina voltada para o ser humano que vive suas circunstâncias existenciais.

Com base nesses pressupostos, na construção do objeto desta pesquisa, apresento um Dilema, dividindo-o em dois sub-campos – o fragmentário e o generalista – e descrevo suas características fundamentais. Inerente ao sub-campo fragmentário, apresento uma matriz epistêmico-filosófica, alinhada ao modelo cartesiano. Já no sub-campo generalista, minha opção é por um relato empírico, impelido pela necessidade de discutir um embasamento teórico-filosófico. Essa tarefa passa a ser o interesse central do capítulo “Polindo Lentes Espinosanas”, quando entra em cena a filosofia espinosana. Nessa parte, inicio o processo de construção de um instrumento teórico-metodológico capaz de dar conta de uma releitura do dilema.

Essa releitura se processa através do Olho Epistêmico, uma ponte construída entre a teoria espinosana e uma metodologia para produzir, organizar, analisar e discutir o material empírico. Em parte, essa metodologia já estava presente na construção do objeto e, principalmente, na coleta do material na pesquisa de campo. É dentro desse novo referencial que todo material empírico do sub-campo fragmentário se transforma. Como consequência, emergem os seguintes temas: O Olho Fragmentário, que sugere claramente o desaparecimento de concepções humanitárias na formação e no trabalho médico; o privilegiamento do Foco na Parte; A conexão entre as partes desaparece; O Olho Tecnológico da

Hipertransparência do orgânico e a intransparência da humanidade do paciente e do médico; que ele usa uma Máscara Inflexível, e mostra o Médico na Rodinha que não é mais dono do seu tempo.

O Olho Epistêmico, ao se transportar para dentro do sub-campo fragmentário da Medicina Científica Moderna, se transforma a partir do Olho Cartesiano em Olho Imanente, que já atinge um grau mais elevado de inerência da teoria espinosana. Assim, a “nervura do real” , como quer Marilena Chauí, passa a ser exposta como um processo vivo, impregnado de humanidade, que se movimenta em toda parte na plenitude existencial. O ser humano emerge da relação médico-paciente com toda sua carga emocional, seus sentimentos, sua história, seu tempo. Enfim, é a dramaticidade real da vida que se mostra toda nos itens “Paciente e Médico Reinventando o Tempo de uma Medicina Humanista: a Foto do Mário e da Paciente” e Os Sentidos e o Sentido Especial da Escuta Médica. É dentro dessa perspectiva que desenvolvi uma “Ontologia Espinosana de Ser Humano para a Medicina”, condição primeira e necessária para poder afirmar que existe uma ‘Ordem’ *De-Vida* para o Médico Pensar o Paciente.

2. MONTANDO CENÁRIOS MÉDICOS

2. 1. INTRODUÇÃO

A construção de um objeto científico vai muito além do recorte de um pedaço da realidade, refira-se esta a um fato social ou a um fato do mundo natural. (LATOUR, WOOLER, 1997, p. 265). Trata-se de desvelar uma parte da realidade não necessariamente visível ao olho desarmado. Na presente pesquisa, sigo a recomendação de estabelecer delimitações no recorte do objeto obedecendo a critérios teóricos. Quando isso não é possível, faço as delimitações de forma arbitrária para obter um melhor enquadramento do objeto no escopo da presente tese.

Como já foi sugerido na introdução geral, o presente estudo explora o tensionamento entre duas perspectivas diferenciadas de medicina, situadas dentro do campo geral da Medicina Científica Moderna. O estudo desse dilema entre os dois sub-campos – fragmentário e generalista – vai levar em consideração diferenças facilmente perceptíveis nas respectivas práticas profissionais, na formação médica, na relação médico-paciente, na abrangência do objeto de trabalho, entre outros. Não tão imediatamente perceptível, mas da mesma importância, vai ser o enfoque direcionado ao estudo dos fundamentos teórico-epistemológicos subjacentes aos sub-campos em pauta, que vão ser apresentados como cenários médicos, aonde as características vão compoendo elementos potencialmente articuláveis dentro de uma totalidade significativa. Uma permanente tentativa de construção de relações vai ocorrer tanto na caracterização dos sub-campos quanto na captura de significados no debate necessário com o referencial teórico.

Na condição de autor do estudo, considero que estou implicado no objeto, situação esta que tem vários significados. Em primeiro lugar, significa que o objeto a ser construído não pode ser considerado um fato social independente de mim. Além disso, significa que há um interesse pessoal na questão, que pode ser desdobrado em interesse político, acadêmico, profissional, estando influenciado por algum conhecimento prévio teórico ou empírico. Reconhecer esse caráter processual da construção do objeto é aceitar a idéia de que existe um constante imbricamento entre os elementos da realidade concreta que, conforme Kosik, são transformados numa realidade pensada, como se fosse uma passagem para um real conceitual. (KOSIK, 1989). A partir dessas premissas, a relação sujeito-objeto, como concebida no modelo positivista, se dissolve, para instaurar uma relação dialógica, onde a tensão epistêmica pode eclodir em qualquer ponto do processo. Assim, a função heurística deixa de privilegiar somente a capacidade racional do sujeito, estendendo-se para o complexo de relações presentes na produção do conhecimento, além de valorizar e garimpar outros saberes também legítimos no trabalho acadêmico.

Uma outra implicação importante na construção do objeto é a presença, implícita ou claramente explicitada, de um referencial teórico, como ferramenta de trabalho que pode ajudar a conferir sentido, noção de profundidade. Sem esse referencial, um olhar desarmado somente poderia perceber o senso comum, a superfície de um fenômeno ou, simplesmente, sua aparência.

É dentro dessas condições que visualizo as melhores oportunidades para que a construção do objeto de investigação crie o ambiente adequado e para que o trabalho científico produza rupturas epistemológicas.

2. 2 DILEMA NA MEDICINA CIENTÍFICA MODERNA

Como foi referido acima, o tema da investigação está localizado no campo² da Medicina Científica Moderna. Dentro desse campo, vou estudar o tensionamento entre dois sub-campos.

O termo “dilema” designa uma situação em que se apresentam duas alternativas. O dilema em questão se refere a duas possibilidades distintas relacionadas à sub-campos específicos dentro do campo geral da Medicina Científica Moderna.

Por isso, o primeiro passo para iniciar a construção do objeto é expor as características empiricamente conhecidas dos dois sub-campos do dilema, dando ênfase especial para os aspectos potencialmente utilizáveis para a construção de relações significativas entre teoria e realidade empírica, tarefa a ser enfrentada um pouco mais adiante.

2 . 2 . 1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUB-CAMPOS

Para o desenvolvimento da tese, vou fazer uma primeira visita aos sub-campos, que serão revisitados em outras fases da elaboração do trabalho.

2. 2. 1. 1. O SUB-CAMPO FRAGMENTÁRIO

² O termo “Campo” não se refere às construções teóricas de BOURDIEU (1989) e, sim, à designação genérica de uma área profissional e a seu desenvolvimento teórico-científico.

A FRAGMENTAÇÃO DO OBJETO

O que estou denominando “sub-campo fragmentário” no presente estudo tem, como uma de suas características importantes, a fragmentação do seu objeto, como o próprio nome já indica. No seu nascedouro, a Medicina Científica Moderna tinha, como objeto central, o ser humano como um todo. Mas o ser humano assim caracterizado era apenas um “tipo ideal”³ inaugural, pois o instrumento heurístico da nova ciência traduzia fielmente o segundo preceito da lógica em Descartes: “dividir cada uma das dificuldades que examinasse em tantas parcelas quantas pudessem ser e fossem exigidas para melhor compreendê-las.”⁴ (DESCARTES, 1969, p. 85). Como consequência imediata e inexorável, o ser humano como um todo é desmontado em diferentes perspectivas, discutidas a seguir.

O projeto iluminista, num longo processo de acerto de contas com a Idade Média, interrompeu as explicações transcendentais de “doença” para colocar o ser humano no mundo da natureza. Por conseguinte, o novo projeto científico buscou seus fundamentos nas ciências naturais. As explicações ancoradas na divindade deram lugar a um modelo explicativo racional. Essa primeira grande divisão do objeto foi, certamente, a mais demorada e a mais conflituosa. Mas essa grande operação de divisão, que teve importantes desdobramentos na filosofia, na religião,

³ No sentido weberiano, em que um tipo comportaria todas as características, teoricamente possíveis, para aquela situação, ou Tipo Ideal Puro.

⁴ Na primeira referência a descartes quero deixar bem claro que vou trabalhar com a apropriação que a Medicina Científica Moderna fez da obra filosófica de Descartes. Isso não significa qualquer juízo teórico da importância desse autor para a filosofia e o desenvolvimento da ciência moderna. Exemplo do tipo de apropriação que estou falando encontramos na seguinte citação. “Descartes statement ‘cogito ergo sum’ has been a lodestone for science, philosophers and t-shirt makers for three centuries”. Geoffrey Norman, 2000.

na ciência, fez emergir um homem completamente naturalizado, um ente do reino da natureza.

Depois de colocada em marcha a grande operação a divisão do objeto, os desdobramentos seguintes parecem inevitáveis. O movimento seguinte coloca em questão a unicidade do ser, principalmente no aspecto da integração entre a mente e o corpo. Mais uma vez entra em cena a filosofia cartesiana para operar uma divisão perfeita que criou a bissubstancialidade distinguindo a natureza da substância pensante da natureza da substância do corpo.

Reconheci que eu era uma substância cuja essência ou natureza não é outra coisa senão pensamento que, para existir, não tem necessidade de nenhum lugar nem depende de coisa alguma material. De sorte que este eu, isto é, a alma, pela qual sou o que sou, é inteiramente distinta do corpo e até mais fácil de conhecer que este; e, embora não existisse o corpo, ela não deixaria de ser o que é. (DESCARTES, 1969, p. 109).

Ao realizar essa separação, Descartes abriu caminho para liberar o corpo orgânico da substância suprema (Deus), criando um dualismo entre alma e corpo. Além da separação propriamente dita, ainda abriu caminho para o estabelecimento de dois domínios específicos em relação ao ser humano: a alma ou o pensamento, e o corpo. Enquanto a alma, na perspectiva cartesiana, tem vida independente do corpo orgânico e pertence à substância perfeita ou ao ser supremo, em cujo domínio se encontra o objeto específico da religião, que poderá intervir no sentido de salvar as almas⁵, o corpo humano passa a ser objeto legítimo da investigação científica.

Para demonstrar confiança em seu método, Descartes descreve todo o sistema circulatório do corpo humano⁶ como um princípio mecanicista, onde cada

⁵ Na disputa acirrada com a escolástica, Descartes encontra o salvo conduto para seu projeto de ciência, pensando o papel da religião para cuidar das almas.

⁶ A teoria da circulação de Descartes era completamente infundada, o que não invalidou seus princípios epistemológicos.

função biológica teria somente explicação natural. Dessa maneira, o corpo humano seria do domínio das ciências naturais e, mais especificamente, das ciências biológicas e médicas. A grande tarefa científica passou a ser, então, a descoberta de regularidades para estabelecer padrões fisiológicos e patológicos para o ser humano.

Dessa separação emergiu um corpo orgânico naturalizado. Mas, mesmo o corpo assim concebido, por ser parte inseparável de um ser humano vivo, está submetido a toda sorte de relações com o meio circundante. É isso que afirmam médicos-pesquisadores, entre os quais se destacou Rudolf Virchow (1821 - 1902). Contrapondo-se às teorias oficiais, esse pesquisador proclamou o papel decisivo das condições de higiene num surto de febre tifóide. Com seu posicionamento, ajudou a criar os fundamentos da Medicina Social, que visava compreender o ser humano no seu contexto sócio-econômico. Nessa perspectiva, o adoecimento deveria ser compreendido na lógica das relações sociais de produção. Como consequência, a intervenção das ações de saúde também deveria privilegiar as ações coletivas na busca de melhores condições de vida da população.

Por outro lado, importantes pesquisadores trilharam um caminho inverso. Fortemente influenciados pela doutrina positivista (CARRION, 1977), dirigiram seus esforços de pesquisa em direção ao indivíduo e, principalmente, para dentro da estrutura orgânica desse indivíduo. Assim, Morgagni (1682 – 1771) estabelece a anatomia como uma ciência exata, sobre a qual se deve desenvolver a medicina. Bichat (1771 – 1802), além de considerar o nível anatômico, acrescenta o nível histológico como fundamental para compreender as doenças; e Broussais (1772 – 1838) preconiza uma medicina fisiológica baseada na idéia de distúrbios gastro-intestinais. Isso significou que a explicação da doença podia ser restringida às

condições objetivas de um corpo em investigação. Para que esse projeto se tornasse hegemônico, foram decisivas algumas descobertas científicas, que deram grande credibilidade e legitimidade científica e social para esse tipo de explicação, afirmando um novo modelo de desenvolvimento científico nos séculos XVIII e XIX.

A cristalização do corpo humano fora do contexto social, com seus sistemas, órgãos, tecidos, células sendo analisadas como dados completamente objetivos, destituídos de qualquer tipo de realidade, a não ser a própria essência do objeto, iniciou um processo de divisão em que a fragmentação era absolutamente central. Oliva, num texto sobre Método Científico, ao comentar princípios epistemológicos newtonianos, afirma:

Fazer pesquisa significa lidar com problemas circunscritos, com pequenos pedaços de um universo cuja totalidade se conserva inexorável e esta é mais uma razão para que o cientista assuma uma atitude de humildade e modéstia frente a seus objetos de estudo. Ele trabalha com uma parcela ínfima da realidade e, normalmente, dentro dessa parcela, especializa-se em alguma parte ainda mais ínfima, o que exige uma atitude compenetrada, de modéstia, de cuidado ao elaborar suas formulações. ⁷ (OLIVA, 1998).

Apesar da recomendação de cautela por parte do autor sobre esse tipo de produção de conhecimento, na prática se observa que o fragmento como objeto de estudo não tem inibido o avanço da ciência. Mas o mais importante é perceber que a opção pela parte cada vez mais ínfima dos objetos, ou seja, pela análise de fragmentos, é considerada o procedimento usual na pesquisa científica. As pesquisas da área médica seguem essa mesma tendência. Vanderbroucke comenta a transição do raciocínio clínico baseado em órgãos ou sistemas orgânicos para o nível celular. “No tempo de Lewis, a medicina ainda raciocinava sobre o órgão ou

⁷ Oliva é um autor identificado com o individualismo sociológico, com o qual não tenho afinidade teórica. Por isso, o uso de uma referência desse autor pode ser entendido como uma contribuição pontual para a compreensão do sub-campo fragmentário.

sistema orgânico inteiros; aquilo foi substituído agora pela pesquisa básica no nível celular”.⁸ (VANDERBROUCKE, 1998).

É interessante observar que esse autor toma como referência um período em que o raciocínio médico já desconsiderava o ser humano como um todo. O importante era compreender o funcionamento de um órgão ou de um sistema orgânico. Mas, o que captamos desse processo é seu caráter de divisão permanente e, aparentemente, sem qualquer limitação no horizonte próximo. A opção epistemológica de fragmentar o objeto nas suas partes mais recônditas pode ser vista em outro exemplo, pelo qual os cientistas incentivam o desenvolvimento de conhecimentos sobre o genoma humano para reconhecer singularidades biológicas: “A idéia de uma medicina personalizada – a adequação do cuidado médico aos atributos biológicos singulares do paciente individualizado – tem por isso atraído muita atenção e tem um grande apelo”.⁹ (CHOPRA, 2004).

O autor citado não afirma claramente, mas sugere que a medicina poderá se basear, num futuro próximo, no genoma singular de cada paciente. Dessa maneira, a consideração do paciente como uma unidade específica teria uma base micro-biológica, que continua a ignorar o meio social como influência do adoecimento. Se for confirmada essa tendência, o cenário futuro indica um aprofundamento do caminho em direção a níveis biológicos internos do ser humano, cada vez mais essenciais, na busca de partículas e estruturas biológicas cada vez mais elementares.

⁸ “In Lewis’ time medicine still reasoned about whole organs or organ systems; that has now been replaced by basic research at the cellular level”.

Obs. Quando utilizo uma citação em Inglês, o texto original sempre se encontra nas notas de rodapé. A tradução para o português se encontra no corpo do texto. Todas as traduções são literais e foram feitas por mim.

⁹ “The idea of personalized medicine – the tailoring of medical care to the unique biological attributes of individual patients – has thus attracted much attention and has widespread appeal”.

A fragmentação do objeto, que é uma das características importantes do sub-campo fragmentário da Medicina Científica Moderna, é também uma primeira aproximação à categoria da “fuga tecnológica para frente”¹⁰. Essa questão se sustenta na idéia de que cada objeto já dividido na investigação científica engendra novas e sucessivas fragmentações em diferentes direções, abrindo um verdadeiro abismo entre o fato gerador primário (o ser humano) e os limites de cada fuga tecnológica.

No presente estudo, vou tentar vasculhar esse abismo, abordando a fuga tecnológica para frente na Medicina e tentando compreender os processos de fragmentação, a fim de verificar se existem possibilidades de aproximação das partes com o todo. Ou seja, pretendo verificar se é possível re-significar um achado científico em nível celular em proveito do ser humano na sua totalidade, mesmo sabendo das dificuldades desse caminho apontadas por Oliva:

Para essa visão de ciência, o difícil seria atravessar o gargalo epistemológico da indução. Como ascender dos particulares para o geral sem incorrer na falácia da distribuição ilícita? Sem vir a ser desmentido por um contra-exemplo? (OLIVA, 1998).

O mesmo conceito da fuga tecnológica para frente pode servir para tensionar heurísticamente o caminho inverso, no qual o ser humano é o ponto de partida para a busca de um conhecimento que pode estar localizado nas estruturas mais recônditas. Isso implica reconhecer que “um ser vivo é algo mais do que a simples soma de suas partes constituintes” (BEZERRA JR, 1998), e que deve ser possível construir relações inteligíveis entre as partes e o todo. Mas, para isso, será necessário superar o modelo cartesiano de ciência.

¹⁰ A idéia desse conceito veio com a leitura de Garcia dos Santos (GARCIA DOS SANTOS, 1999, p. 294). O significado que pretendo construir com essa questão difere do sentido usado pelo autor; por isso farei uma adaptação que corresponda ao interesse do presente estudo.

A SUPERESPECIALIZAÇÃO

Uma outra característica fundante do sub-campo fragmentário da Medicina Científica Moderna é a super-especialização. A criação de especialidades e especialistas é engendrada pelo mesmo processo de fragmentação do objeto. Cada divisão que se opera sobre o ser humano funda campos de saber e práticas que se organizam como especialidades focais¹¹. Na essência, a natureza epistemológica cartesiana da explosão de especialidades médicas é a mesma da fragmentação do objeto; seu assunto, porém, é a origem e organização de uma prática profissional, articulada ao processo de produção de conhecimento.

A tendência de criar especialidades médicas ocorreu em diferentes épocas e com diferentes povos, como mostram alguns exemplos da História da Medicina, apresentados a seguir. Shendel, falando dos médicos Astecas diz que

...eram casi siempre especialistas: entre ellos quedaban incluídos los Texoxtl, o cirujanos; los Tlamatepahtli, os internistas; los Tecoani que haciam las sangrias; los Temixinitiani, parteros, obstetras y ginecólogos, que eram también pediatras; los Pipiani, farmacéuticos; y los Panamacani, farmacognocistas. (SHENDEL, 1980, p. 72).

Abordando a tradição helênica, Calder comenta como Homero apresentou os filhos de Esculápio e suas especialidades.

Sua filha, Panacéia, era versada em conhecimentos relativos a todos os remédios da terra, e podia curar qualquer doença. Outra filha de Esculápio, Higéria, ou Hígea, era a responsável pela saúde pública e pelo bem-estar social, sendo Telésforo responsável pela convalescença, Podalírio pela medicina interior e a psiquiatria e Macáon era o cirurgião. (CALDER, 1976, p. 70).

¹¹ Significa que o médico adota um determinado foco para exercer sua atividade profissional.

O mesmo autor mostra como a Igreja Católica também emprestou sua contribuição nesse campo, num período em que exercia grandes influências para além do campo religioso. Por exigência do Papa Bonifácio VII (1300 d.C.), os tratados de anatomia trocaram as referências zodiacais por denominações relacionadas a Santos da Igreja Católica. Assim, “São Bernardo, foi identificado com os pulmões; Santa Apolônia, com os dentes; São Lourenço com as costas; São Braz, com a garganta; Santa Ágata, com os seios; Santo Erasmo, com o abdômen; e São Justo, com a cabeça”.(CALDER, 1976, p. 95-96). Evidentemente essa influência não se restringiu à nomeação dos órgãos, mas cada santo passou a ser um protetor divino em relação aos males relacionados ao seu “locus” no corpo humano. Resquícios dessa influência podem ser observados até hoje na Igreja Católica que, no dia 03 de fevereiro, consagrado a São Brás, faz a bênção das gargantas.

Essas observações sobre especialização na área médica são apenas exemplos desconexos que servem para mostrar que cada caso tinha, provavelmente, razões históricas específicas e diferentes umas das outras.

Com o surgimento da Medicina Científica Moderna, o processo de especialização passa a ter suas bases bem estudadas por autores como FOUCAULT (1986), LUZ (1981), SILVA (1976), além de vários outros. Em síntese, esses autores reconhecem que a Revolução Industrial criou as bases materiais para o desenvolvimento de uma medicina adequada para reparar, esquadrihar e enquadrar o corpo do operário nas relações sociais de produção capitalista.

No presente estudo, interessam mais especificamente os mecanismos e o sentido epistemológico presente na adaptação da medicina às novas necessidades

do capital. O primeiro movimento foi o da localização: a doença passa a ter um “locus” dentro do corpo orgânico, como explica Schraiber:

Caracterizado basicamente pela anatomização da localização da enfermidade na estrutura anatômica do corpo (nos órgãos, no tecido); Assim, nesse processo o espaço da enfermidade identifica-se ao espaço do corpo, onde a enfermidade se dá na estrutura anatomofisiológica. (SCHRAIBER, 1989, p. 92).

Com a localização espacial da enfermidade e a afirmação de mecanismos científicos para legitimar a nova ordem, começou a grande taxonomia da doença, que não parou mais e continua em pleno desenvolvimento nos dias de hoje.

O segundo movimento é uma consequência natural do primeiro. Uma vez estabelecida e fixada a doença nas diferentes partes do corpo como o núcleo duro do paradigma, ainda segundo Schraiber, o passo seguinte foi inevitável:

...visto o crescente parcelamento do saber na diferenciação das qualificações do trabalho médico, a reprodução e a transmissão do saber se dá na forma de suas especializações. (SCHRAIBER, 1989. P. 99).

Além de criarem campos de atividade profissional que têm como objeto específico de intervenção uma determinada parcela do corpo humano ou faixa etária, tais divisões e subdivisões seguem, em geral, a mesma lógica dualística: cada novo campo criado pode desenvolver sub-campos e se autonomizar como uma nova especialidade.

As divisões nas diferentes especialidades ao longo da história recente, ocorreram primeiramente nas grandes áreas: clínicos e cirurgiões para o corpo orgânico, e psiquiatras para a mente. Seguem-se as divisões por faixa etária, surgindo os pediatras, os clínicos de adultos e os geriatras; por gênero, onde ginecologistas e obstetras atendem as mulheres, e andrologistas, os homens; por

sistemas orgânicos, com a criação de uma enorme quantidade de especialidades, tais como pneumologia, dermatologia, neurologia, nefrologia, hematologia, etc; por órgãos, onde aparecem a hepatologia, a mastologia, etc; por tipo de doença, como diabetes, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial sistêmica, etc.¹² (BODENHEIMER, 1999). Somem-se a estas as divisões ocorridas em consequência do avanço de novas áreas do conhecimento, como genética médica, imunologia e neuroimunologia, neurobiologia, medicina ortomolecular, etc. Outros desdobramentos ainda ocorrem para criar sub-especialidades que aglutinam duas especialidades, tais como nefro-pediatria e tantas outras.

O quadro de especialidades apresentado está longe de ser completo; é apenas uma demonstração esquemática das diferentes direções e lógicas de um processo muito dinâmico com desdobramentos contínuos na atualidade.

A seguir, passo a destacar alguns dos aspectos discutidos que constituem problemas decorrentes da tendência de super-especialização na medicina e que se articulam com o objeto em construção.

É bastante freqüente ouvir queixas dos pacientes de que eles têm dificuldades de administrar seus problemas de saúde com os diferentes especialistas que consultam. A primeira dessas dificuldades é acertar o especialista adequado para um determinado problema. Por exemplo, para um determinado paciente, uma dor no peito pode motivar uma consulta a um cardiologista. Este faz toda investigação pertinente; e caso constate não haver problema cardiológico, afirma que o problema não é com ele, orientando, em geral, o paciente para

¹² A criação de especialidades por doença é um processo recente, mas, pela quantidade de congressos médicos específicos, revistas especializadas e criação de sociedades, é possível que essa tendência se torne muito forte nos próximos períodos.

consultar outro especialista. Assim, pode ocorrer que o mesmo paciente consulte um pneumologista, um ortopedista, um gastroenterologista, um reumatologista. Se nenhuma patologia orgânica for constatada, esse paciente, ainda com o mesmo problema, pode, finalmente, ser encaminhado a um psiquiatra.

Situação semelhante está ilustrada no **ANEXO II**, que descreve um Caso Clínico de um paciente que foi por mim atendido, caso este que foi várias vezes discutido na disciplina Saúde e Sociedade na Faculdade de Medicina, onde trabalho. A situação enfocada mostra o itinerário de um paciente que procura ajuda, mas encontra muita dificuldade em achar o médico certo para entender o seu problema: um luto patológico pela perda do pai do referido paciente.

Uma segunda dificuldade que o paciente encontra é manejar com um grande número de especialistas: Como compatibilizar a intervenção dos especialistas para cada parte do organismo? Baseado em que princípios esse sistema poderia garantir harmonia entre as diferentes opções terapêuticas dos especialistas? Cada um prescreve seus tratamentos, levando em consideração apenas as especificidades do seu “lôcus” de intervenção. Em muitos casos, o resultado final são muitos medicamentos e orientações para o paciente, as quais, não raro, são contraditórias entre si. A confusão aumenta muito quando o paciente decide ler, nas bulas dos medicamentos, as possíveis interações entre os remédios.

Uma questão importante que emerge desse contexto é saber até que ponto cada especialidade pode adotar condutas isoladas e independentes dos outros especialistas. Em sentido mais geral, cabe a questão: Até que ponto pode existir autonomia por parte de um especialista para tomar uma conduta para uma parte do organismo sem levar em consideração o conjunto de questões relativas às outras

partes do corpo? A questão se complica ainda mais se analisarmos a formação do médico, que é precocemente dirigida para a especialidade, quando o aprofundamento do conhecimento e o desenvolvimento de habilidades ocorrem em detrimento de um conhecimento mais geral da medicina. Em termos epistemológicos, podemos inferir que o especialista constrói um conhecimento muito focalizado na “parte” que é do seu interesse, sem cogitar seu conhecimento sobre as relações entre as partes; e entre estas e o organismo como um todo (ou o ser humano como um todo).

Se, para os pacientes, existem dificuldades, para o especialista a posição é, aparentemente, mais confortável. Ele se sente responsável apenas por uma parte do paciente: sabe cuidar bem dessa parte e não precisa se preocupar com o resto, isto é, com o paciente como um todo. Com o grande avanço científico na área médica, a multiplicação da produção acadêmica (NOVAIS, 1990) e a conseqüente dificuldade de manter a atualização em todos os assuntos (BARKER & ROBERTS, 1999), é mais cômodo focalizar a revisão em segmentos super-específicos da literatura. Nesse sentido, a especialização e o exercício de uma especialidade conferem certa proteção, pois a condição de especialista de uma parte, de certa forma, desobriga o médico a se atualizar e ser responsável por outras partes que não as da sua própria área de atuação. Ser especialista, como o próprio nome diz, é ter um conhecimento especial, específico sobre uma determinada parte. O especialista sabe muito sobre a parte e pouco sobre o todo. Em termos médicos, o especialista perdeu a noção do todo do paciente. É neste ponto que a tendência à super-especialização pode ser articulada com a idéia de “fugas tecnológicas para frente” e com as diferentes mediações teórico-epistemológicas entre as partes e o todo.

Ressalte-se, porém, que, para o médico, a condição de especialista também implica alguns problemas. Um deles é a sensação subjetiva de que os colegas médicos somente esperam do especialista uma habilidade específica, conforme alerta Navarro de Souza: “Nos últimos anos fomos neutralizados na condição de especialista”. (NAVARRO DE SOUZA, 2001). Estar neutralizado na condição de especialista também significa que o profissional é refém de um conceito social que determina “lugares próprios” para cada especialista. Isso ocorre quando um determinado objeto é disputado por duas especialidades. Uma dessas zonas de conflito no loteamento do corpo humano é o períneo¹³, região anatômica em que as especialidades médicas da proctologia e da ginecologia têm abordagens e terapêuticas diferenciadas¹⁴.

A dificuldade de estabelecer diálogo e comunicação entre as especialidades tem sido tema de várias discussões. Numa assembléia do NEM (Núcleo de Ensino Médico), realizada no dia 16 de junho de 2004, no Anfiteatro da Faculdade de Medicina da UFRGS, o convidado para debater o tema da Reforma Curricular era o Professor de Medicina, já aposentado, Aloyzio Achutti. Conforme o meu entendimento, sua consideração mais importante foi: “Como costurar as partes, as disciplinas, alguma coisa que junte tudo. O problema não é o conteúdo; a questão é saber como costurá-lo”. (Observação de nº. 182 do Caderno de Campo). Na fala desse eminente professor, aparece claramente uma preocupação em relação à fragmentação do conhecimento e a necessidade de costurar uma unicidade, alguma

¹³ “No sexo masculino região entre o ânus e o escroto; no feminino, entre o ânus e a comissura posterior da vulva”. (BLAKISTON, 1979).

¹⁴ Relato feito por um colega professor, numa reunião sobre reforma do currículo médico e a necessidade de haver diálogo entre as disciplinas e especialidades médicas. (Observação de número 192 do Caderno de Campo).

coisa que confira sentido de conjunto, de articulação entre as muitas disciplinas ministradas na faculdade. Essa mesma preocupação aparece em Rosen, o qual propõe, como solução desse problema, a utilização da disciplina de História da Medicina na formação médica, sugerindo que essa disciplina seria capaz de se contrapor ao processo de fragmentação do saber médico:

A estrutura unificada que um dia caracterizara a medicina não mais existia. Agora ela era simplesmente um aglomerado de muitas especialidades. Haveria então necessidade de algum elemento para contrabalançar esta situação e este elemento era a história. (ROSEN, 1980, p. 36).

No mesmo sentido, Nunes (NUNES, 2003), reforçando a posição da CINAEM¹⁵ (CINAEM, 2000), recomenda incorporar aspectos psicológicos, sociológicos e antropológicos na formação médica para o estudo integral do paciente. Portanto, mais uma vez aparece a preocupação de criar mecanismos que recuperem ou reconstruam os elos perdidos entre as partes, para ser novamente possível compreender o paciente como um todo.

Outra repercussão significativa da tendência à super-especialização na medicina pode ser observada pela oferta de serviços médicos cada vez mais segmentados. Nos Estados Unidos da América, os assim chamados Sistemas de Gestão por Doença¹⁶ têm causado muita polêmica. As críticas, em parte, são dirigidas aos grandes grupos da indústria farmacêutica, que são os responsáveis pela maioria dos sistemas de Gestão por Doença. A grande questão levantada é o vínculo direto entre os pacientes de uma determinada doença e uma organização

¹⁵ CINAEM: Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico.

¹⁶ Disease Management.

assistencial pertencente à indústria, que, por sua vez, produz e aplica os medicamentos, equipamentos necessários para manejar àquela doença.

Bodenheimer comenta:

Um paciente que tem diabetes ou que necessitou de uma ponte arterial coronariana deveria ir a uma 'fábrica focal', uma empresa especializada em cuidar de uma doença ou realizar um procedimento. Os proponentes de sistemas de gestão de doença focalizados devem abandonar o sistema de assistência médica compreensiva em favor de uma coleção fragmentada de instituições especializadas centradas nas doenças mais do que nas pessoas.¹⁷ (BODENHEIMER, 1999).

O mesmo autor ainda aborda a balconização da doença, onde cada serviço cuidaria de uma fatia do mercado das doenças. A balconização também se refere à medicina como um balcão de negócios.

É dessa maneira que a especialização médica se estende ao sistema de assistência à saúde. Depois da localização das especialidades médicas em "lugares próprios" no corpo do paciente, a geografia da organização médica mostra uma migração do hospital geral para grandes hospitais de especialidades. Como passo seguinte, surgem os hospitais especializados (cardiologia, traumatologia etc) e, finalmente, as casas especializadas para uma determinada doença. As lógicas que articulam essas grandes tendências da especialização no campo médico voltarão a ser discutidas adiante.

Para o presente estudo, são relevantes as críticas aos Sistemas de Gestão por Doença, isso pelo seu caráter de fragmentar o cuidado assistencial e focalizar exclusivamente a doença.

¹⁷ "A patient who had diabetes required coronary-artery bypass surgery would go to a 'focused factory' an enterprise specialized in the care of one illness or the performance of one procedure. The proponents of carved-out disease management would abandon a medical care system based on comprehensive health care organizations in favor of a fragmented collection of specialized facilities centered on diseases rather than people".

A MEDICINA ORGANICISTA

Uma outra característica do sub-campo fragmentário da Medicina Científica Moderna é sua opção preferencial pela parte puramente biológica do organismo humano. No Brasil, a denominação mais conhecida para essa prática é Medicina Organicista. Já na literatura médica veiculada em inglês, o termo mais utilizado é Biomedicine (Biomedicina).

Uma das marcas importantes da medicina organicista é seu caráter predominantemente reducionista. É reducionista na medida em que deixa de focar o paciente na sua integralidade e privilegia a doença, esta entendida como lesão ou disfunção orgânica. Com esse reducionismo ficam pouco valorizados, e, em muitos casos, completamente eliminados outros aspectos que podem estar implicados no processo saúde-doença. Estou falando da eliminação das influências sociais, culturais, psicológicas, religiosas.

Para ilustrar as considerações dos próximos parágrafos, vou recorrer a um caso bem simples e rotineiro: O paciente é uma criança com anemia ferropriva, oriunda de família com condições econômicas muito precárias. O médico solicita um hemograma e constata o tipo de anemia. Ele tem um diagnóstico bem objetivo, enquadrado em parâmetros confiáveis.

A partir desse ponto, o médico vai dar uma resposta, que, por sua vez, vai definir sua opção e filiação a um tipo de medicina. Ele pode, simplesmente, prescrever a reposição de ferro para a criança. Essa é a opção da maioria dos médicos. Ou ele pode levar em consideração outros fatores envolvidos no problema: (a) em nível familiar, ele pode propor melhores opções de dieta, discutir a inserção

dos familiares em programas de geração de renda, abordar tabus alimentares baseados em valores religiosos ou culturais; (b) em nível comunitário, ele pode ajudar a comunidade a organizar uma horta, pode organizar grupos de mães de desnutridos, pode propor um movimento em prol de reivindicações de benefícios, pode contribuir para a educação em saúde, participar dos fóruns locais para garantir acesso a políticas públicas inter-setoriais; (c) em nível de sistema de saúde, pode ajudar a organizar programas preventivos, como adicionar ferro na farinha de trigo, reivindicar medicamentos suficientes e de qualidade para tratamento dos pacientes com anemia. Por conseguinte, o médico que realmente quer enfrentar os problemas de saúde, na sua real complexidade, tem enormes possibilidades de intervenção.

Para o médico que adota a perspectiva organicista, todas as opções mencionadas para enfrentar o problema da anemia ferropriva não fazem sentido. Sua resposta é diretamente direcionada para aumentar a oferta de ferro no sangue, para formar hemoglobina em mais quantidade e de melhor qualidade. Assim, o objetivo imediato de resolver aquela anemia fica momentaneamente resolvido.

Para o médico organicista, tudo que não pode ser medido, esquadrinhado, enquadrado num modelo biológico objetivo é, convenientemente, deixado de lado. A parte lesada do organismo é retirada do próprio corpo, do contexto geográfico daquele corpo, e é cristalizada como um dado objetivo, completamente afastado do processo social da vida do paciente. Essa é a base epistemológica para o surgimento das regularidades orgânicas e a conseqüente matematização da vida propriamente biologicista. Essa operação, repetida em quase todos os atos médicos, engendra um outro sujeito. Ou seja, para a medicina organicista ou biomedicina, o sujeito deixa a condição de “ser social” para ser colocado na simples condição de

um “ser biológico¹⁸ singular”. Em outras palavras, a medicina organicista somente reconhece um “Honus Organicus”¹⁹.

Essa condição da medicina organicista elimina sua capacidade de compreender o homem e suas contradições em cada nova conjuntura. A manifestação de sofrimento é apenas o fio condutor inicial para chegar à patologia orgânica. A dor, os sentimentos e as representações sobre saúde e doença não são mais portas entreabertas para compreender o homem e a sociedade. Por outro lado, numa outra perspectiva teórica, a medicina organicista também deixa de ser um instrumento de controle bio-político (FOUCAULT, 1986, p. 80), caracterizado como adestramento somático de caráter disciplinar, para ser um instrumento de intervenção somente biológico.

Dessa maneira, as estratégias de intervenção e controle estão focadas na proteína, na engenharia genética, enfim, na biologia mais recôndita do “Honus Organicus”. A mudança é sutil, mas muito significativa. As relações de produção capitalista não exigem mais um corpo disciplinado para cumprir tarefas específicas na produção industrial fordista-taylorista.

A medicina do “soma” passou a executar essa tarefa desde a revolução industrial; e agora, na era neoliberal globalizada, se encontra dilacerada pela contradição entre sua vocação histórica e as novas necessidades do capital. Aparentemente, a medicina libera aos poucos as amarras do corpo somático

¹⁸ Biológico, neste caso, refere-se às funções puramente orgânicas, desconsiderando o processo de interação biológico com o meio externo ao ser.

¹⁹ Homen Orgânico.

disciplinado para engendrar um corpo “flexibilizado” que se adapte às necessidades de produção na nova fase de divisão internacional do trabalho.²⁰

A medicina puramente organicista também é motivo de questionamentos no próprio meio acadêmico que a sustenta, o que se comprova pelos artigos publicados no *British Medical Journal* (BMJ), periódico que, entre as grandes publicações médicas, é o único que tem uma certa tradição de abordar criticamente alguns dogmas da Medicina Científica Moderna. Hodgkin, num editorial do BMJ, comenta o temporal pós-moderno, que não deixa nada em pé, menos a fé inabalável de que há sempre a crença de estabelecer verdades objetivas na medicina:

Somente a medicina parece, curiosamente, continuar imune a essas incertezas epidêmicas. Saúde é um dos poucos valores sociais que permanecem ganhando apoio indubitável. Grande parte disso se deve à crença continuada e comum de que há uma verdade ‘fora de lá’ que pode ser conhecida, compreendida e controlada por alguém que é racional e competente.²¹ (HODGKIN, 1996).

Essa crença incondicional, sobre a qual estão assentadas as pesquisas e práticas médicas, se sustenta somente enquanto a biologia se mantiver no campo das ciências exatas. Com um ponto de vista semelhante, o mesmo autor, a partir de uma perspectiva pós-moderna, diz que toda essa construção, que parece tão sólida, está baseada num pilar que estremece quando é questionada a regularidade biológica:

²⁰ Este tema será objeto de um estudo específico, depois de concluída a presente tese.

²¹ “Medicine alone seems to remain curiously immune to these epidemic uncertainties. Health is one of the few remaining social values that garners unambiguous support. This is largely due to our continuing and communal belief that there is one truth ‘out there’ which can be known, understood, and controlled by anyone who is rational and competent”.

Não é somente o Marxismo e o Iluminismo que estão mortos; dados biológicos totalmente inquestionáveis estão desintegrando em nossa volta: a estabilidade do clima, a imutabilidade das espécies.²² (Idem).

Se as pistas indicadas por esse tipo de opinião fossem levadas em consideração, todo o paradigma vinculado às ciências biológicas poderia ser questionado. No entanto, o núcleo duro da ciência biológica moderna não leva em consideração os pontos de vista elaborados a partir de um paradigma concorrente²³, mas simplesmente ignora aquilo que não pode ser enquadrado em seus princípios fundantes.

Em outro editorial do BMJ, Mayou e Sharpe constataam que a medicina faz de tudo para vincular os sistemas à doença puramente orgânica e, quando falha nesse propósito, rotula os sintomas como pertencentes a doenças mentais: “Quando os sintomas encontrados não são resultantes de ‘doença física genuína’, nesse caso muitas vezes se acredita que são insignificantes ou atribuídos à doença mental”.²⁴ (MAYOU & SHARPE, 1997). Os autores justificam esse tipo de atitude e a dificuldade de romper com a prática organicista pela predominância do dualismo cartesiano entre mente e corpo que domina a profissão médica: “Talvez o maior obstáculo para mudanças seja a persistência singular do dualismo corpo-mente, que aparenta ser tão prevalente na profissão médica como no público em geral”.²⁵ (MAYOU & SHARPE, 1997).

²² “It is not only Marxism and the Enlightenment which are dead; utterly unquestioned biological givens are disintegrating all around us: the stability of the climate, the immutability of species”.

²³ Uso o termo paradigma concorrente para dar a idéia de que os princípios que sustentam a ciência moderna e os da ciência pós-moderna, referidos no artigo de Hodgkin, não são conciliáveis, e cada um deles tem relações com interesses muito distintos. Para aprofundar esta discussão ver: Por Uma Ciência Pós-Moderna. Boaventura de Souza Santos.

²⁴ “When symptoms are found not to result from ‘genuine physical illness’ they are often believed to be insignificant or attributed to mental illness”.

²⁵ “But perhaps the main obstacle to change is the remarkable persistence of mind-body dualism, which appear to be as prevalent among the medical profession as among the general public.”

A opção pela medicina organicista não ocorre somente nos países capitalistas centrais. Sua influência também é predominante nos países do mundo em desenvolvimento, como opinam Unger, Ghilbert e Fisher, em carta publicada no BMJ. “Desafortunadamente, em países em desenvolvimento, a biomedicina é o paradigma dominante”.²⁶ (UNGER, GHILBERT & FISHER, 2003).

As características do sub-campo fragmentário da Medicina Científica Moderna, apresentadas até aqui, são fundamentais para compreender a tecnologização da medicina. A fragmentação do objeto, a superespecialização da medicina e a opção preferencial pela dimensão somática do corpo proporcionam as condições adequadas para o uso maciço da tecnologia na medicina, discutidas a seguir.

A MEDICINA TECNOLÓGICA

A fragmentação do objeto permite que se desenvolvam conhecimentos muito específicos sobre partes cada vez mais fragmentadas do corpo. De acordo com ALVES (1986, p. 55), “... o conhecimento teórico lança as bases da técnica”; portanto, conhecimentos produzidos na perspectiva da fragmentação do objeto podem levar ao desenvolvimento de tecnologias específicas, as quais vão estar em relação com a parte do corpo que foi objeto de desenvolvimento de conhecimento que engendrou a respectiva tecnologia.

A superespecialização, na esteira da fragmentação, não somente promove o desenvolvimento tecnológico, mas é realimentada constantemente pelos próprios avanços da tecnologia. O superespecialista tem conhecimentos muito específicos e

²⁶ “Unfortunately, in developing countries, biomedicine is the dominant paradigm.”

utiliza toda a tecnologia disponível para manejar questões relativas ao seu escopo de intervenção. Dessa maneira, a tecnologização da medicina não pode prescindir do especialista, pois, para cada novo conhecimento, é necessária uma nova tecnologia e uma nova habilidade especializada.

A medicina organicista, adepta da superespecialização, determinou um tipo específico de desenvolvimento tecnológico, exatamente por “cristalizar” as funções e estruturas orgânicas como dados objetivos, aparentemente neutros, extraídos de dentro do paciente, isolados de todo contexto social, político, cultural e psicológico do indivíduo, que lhe conferem um caráter de tecnologização fundamentada nas ciências exatas. Em outras palavras, isso significa a objetificação de partes do sujeito. Essa constatação é importante, pois mostra que a incorporação de tecnologias na medicina não precisaria, necessariamente, ser do tipo das tecnologias embasadas nas ciências exatas, também conhecidas como alta tecnologia (high technology). Isso porque existe toda uma gama de tecnologias – desenvolvidas para enfrentar problemas de saúde – que contam com contribuições de vários campos das ciências, notadamente no diálogo entre ciências humanas e médicas. Tais “tecnologias leves” (soft technology) – nome pelo qual são conhecidas – reincorporam todos os fatores que determinam o processo saúde-doença. Exemplificando, podemos dizer que existem problemas de saúde que precisam de alta tecnologia para resolver problemas como transplante de órgãos. Já outros problemas de saúde, como ilustra o exemplo da anemia ferropriva citado acima, precisam de outro tipo de tecnologia, e muito bem desenvolvida, pois a complexidade desse tipo de problema é muito grande.

O que precisa ficar bem esclarecido é a complexidade de um problema como anemia ferropriva. Ela é de natureza diferente da complexidade relacionada

com os transplantes. Portanto, não faz sentido fazer comparações em termos de graus de complexidade, sem levar em consideração a natureza da complexidade. O que observamos na realidade é uma espécie de englobamento levado a efeito pelo sub-setor da alta tecnologia, que passa a ser a única referência tecnológica, mesmo para problemas com complexidade tecnológica de outra natureza. Reconhecer a predominância de um tipo de complexidade no modelo médico não é algo vazio de sentido. Pelo contrário, uma análise mais detalhada permite compreender toda uma estruturação lógica articulada com os fundamentos de cada campo. Essa questão, porém, será objeto de considerações em seção posterior.

Após mostrar o tipo de tecnologia predominante no sub-campo fragmentário, pretendo mostrar, nos parágrafos seguintes, como esta tecnologia participa e interfere na prática médica.

O desenvolvimento de qualquer tecnologia sempre tem como base uma determinada teoria científica. Dessa maneira, podemos inferir que o surgimento de uma tecnologia nova, sem uma ciência de base, dificilmente irá ocorrer. O que pode acontecer é que a tecnologia pode se desgarrar da ciência que a produziu. Mais especificamente, a aplicação prática de uma tecnologia na medicina pode ocorrer sem que os praticantes – os médicos – conheçam a ciência que a engendrou. Esse também é o entendimento de Miettinen, expresso nos seguintes termos:

Entretanto hoje, enquanto incontáveis damas e cavalheiros conhecem a prática de suas próprias especialidades médicas, eles realmente não conhecem a teoria da medicina. Prática sem teoria, esta é a realidade atual mesmo dentro do campo da medicina científica moderna codificada na perspectiva da medicina flexneriana.²⁷ (MIETTINEM, 2001).

²⁷ “Yet today, while countless ladies and gentlemen know the practice of their own specialties of medicine, they do not really know the theory of medicine. Practice without solid theory actually is the reality even in modern ‘scientific’ medicine of the Flexner-Codified sort”.

As constatações do autor citados nos permitem levantar alguns questionamentos: Se admitir que as tecnologias já existentes foram produzidas a partir de teorias científicas, e se acredito que as teorias científicas estão lastreadas numa determinada visão de mundo, então posso considerar plausível que essas tecnologias não sejam neutras. Em outras palavras, elas podem estar impregnadas de objetivos ideológicos. Uma prática puramente técnica, sem estar acompanhada de uma reflexão crítica, pode não perceber os conteúdos subjacentes a essa prática técnica. Em sentido mais profundo, pode existir uma relação mais estreita entre uma teoria mais geral, que engendrou uma determinada tecnologia, e a prática eminentemente técnica que intervém nas estruturas biológicas mais elementares do corpo humano. Essa questão precisa ser mais bem estudada, pois ela implica a possibilidade de ser usada para controlar seres humanos, hipótese já discutida acima.

Considerando a assertiva de que o médico, através da prática técnica, perde a capacidade de compreender as teorias subjacentes dessa prática, podemos perguntar se a profissão médica tende a ser cada vez mais técnica, diminuindo o espaço de reflexão teórica, como sugerem Maciel e Telles:

Ousamos afirmar que estas técnicas desenvolveram-se de tal maneira que se encontra reduzido o espaço para a dimensão metafísica do conhecimento. As teorias matemáticas aqui apresentadas seriam próteses tão eficazes do senso comum que reduziriam a necessidade de conhecimento que não a do imediatamente dado. (MACIEL&TELLES, 2000).

E nesse caso, o imediatamente dado podem ser os manuais pasteurizados dos equipamentos tecnológicos à espera de um operador suficientemente capaz de incorporar tecnologias num determinado serviço de saúde. Fazer funcionar determinada tecnologia não significa que o operador conheça a ciência que produziu

tal tecnologia. A se confirmar esta perspectiva, o médico, gradativamente, perderia a capacidade de compreender os diferentes significados do adoecimento dentro da sociedade, por estarem, segundo Bezerra, "... mesmerizados pelo fascínio da parafernália tecnológica". (BEZERRA, 19998, p. 46). Nessa "mesmerização", não conseguem esboçar uma reação que possa modificar o quadro de submissão aos encargos de serem pilotos da tecnologia alheia.

É evidente que esse problema não reside no médico em si. Na verdade, ele está inserido numa estrutura paradigmática onde a própria produção de conhecimento é reducionista, conforme sugere Petros: "O paradigma da pesquisa quantitativa é necessariamente reducionista, na medida em que obriga a confinar hermeticamente todas as variáveis possíveis".²⁸ (PETROS, 2001). Isso significa que a tecnologização sozinha não funcionaria se o modelo científico quantitativo não criasse as condições básicas e legítimas para sua aplicação. Nesse sentido, a perspectiva tecnicista e a aplicação dos fundamentos das ciências exatas criam as condições para prescindir dos dados subjetivos do paciente, considerando-os não confiáveis, como explica o mesmo autor: "Mesmo os sintomas, o foco central do processo diagnóstico médico, são julgados não confiáveis".²⁹ (Idem).

O descrédito em dados não objetivos que, em geral, não estão formalmente organizados, não é fato recente. Na 14ª edição do Tratado de Medicina Interna de Cecil-Loebe, um dos autores, já em 1977, destilava sua desconfiança:

As provas que se têm para provar o valor de um tratamento podem ser quantitativamente incompletas, consistindo principalmente de relatórios anedóticos de experiências clínicas que não foram inteiramente detalhadas;

²⁸"The quantitative research paradigm, is necessarily reductionist, since it must tightly confine all possible variables".

²⁹ . "Even symptoms, the very core of medical diagnosis, are judged unreliable"

ou o dado pode parecer qualitativamente sem valor, dependendo de fatos tão frágeis como uma dor do paciente. (FEINSTEIN, 1977, p. 4).

De fato, a dor de um paciente depende muito de como o médico a considera.

Um paciente, A. F. S., 40 anos, masculino, atendido numa clínica para dor, relatou seu atendimento nos seguintes termos:

Fui encaminhado por causa de uma dor crônica na face, na região do seio maxilar. Indiquei o local da dor e todas as suas características, incluindo o detalhe de que, ocasionalmente, a mesma dor era muito forte, mas, aparentemente, o médico especialista em dor não ficou muito impressionado. Em seguida, ele começou um procedimento de palpação. Apertou com o polegar a região da têmpora com muita força. Minha reação à dor foi tão forte que deve ter impressionado o especialista, pois ele imediatamente declarou, com certo júbilo, que se tratava de uma dor miofacial. O momento seguinte foi de grandes explicações para o grupo de acadêmicos que acompanhavam o especialista. Toda ênfase foi dirigida para o significado da dor provocada pela palpação. Nenhuma explicação foi dirigida diretamente a mim. Apesar da dor que senti, fiquei feliz com o diagnóstico. O problema é que o tratamento não deu resultado. Alguns meses depois foi retirado um neuroma de uma antiga extração dentária e aquela dor ficou resolvida. (Observação de número 183 do Caderno de Campo).

O relato do paciente não diz muita coisa para o médico, mas uma dor provocada pelo próprio médico ganha um status de dado objetivo. Aquilo que não pode ser tecnicado pela maquinaria de exames é traduzida por procedimentos semiológicos que seguem a mesma lógica da tecnificação. Em vez de o raciocínio clínico se beneficiar com os recursos tecnológicos, são estes que determinam o próprio raciocínio clínico e seus procedimentos propedêuticos, embasados na nova linguagem tecnológica.

Considerando que as fugas tecnológicas para frente, pelo processo fragmentário contínuo em relação a cada novo objeto, que, pelo modo de produção de conhecimento e tecnologias propiciam aprofundamentos da tecnologização na medicina na mesma proporção dos avanços das fugas tecnológicas para frente. A produção dos conhecimentos que vão gerar as evidências clínicas para a prática

médica está distanciada do contexto em que vive a maioria dos pacientes. Pela aplicação do princípio da regularidade, um fígado, um rim, um cérebro, um gene ou uma função molecular de pacientes são unidades comparáveis, não importando muito se pertencem a um plantador de arroz da China ou a um operador da bolsa de Nova York. Mesmo assim, os grandes centros de produção de conhecimento generalizam, para o resto do mundo, suas “verdades” científicas. Em consequência, os diagnósticos e condutas tendem a ser homogêneos, permitindo a organização de estratégias de intervenção globais. A forma como foi produzido o conhecimento inicial, os interesses envolvidos e outras questões ficam distantes do momento em que eles são aplicados na prática médica. Isso permite incorporar a evidência clínica como um dado objetivo, neutro, desprovido de qualquer sentido axiológico.

Um conhecimento que se apresenta com essas características se encaixa perfeitamente no processo de tecnificação do trabalho médico. Quanto mais objetiva for a evidência, mais fácil poderá ser a criação de uma rotina técnica descontaminada de qualquer resquício de subjetividade, criando as bases para a plena utilização de uma linguagem tecnológica. No limite extremo, esse tipo de linguagem levaria a relação médico-paciente à completa reificação, onde o médico cumpriria um simples papel de técnico e o paciente seria reduzido, pelo esquadramento da parafernália tecnológica, à condição de fornecedor de dados somáticos objetivos. Uma pré-configuração desse tipo de situação podemos encontrar no relato de uma Senhora, que se apresenta como cidadã da Argentina, e escreve num *weblog* chamado *Mujer Gorda*, sobre seu sofrimento relacionado ao início de sua menopausa. Vou apenas transcrever o diálogo dela com o médico virtual.

Mientras escribo navego en una página médica, porque ya me lo temía. # Tiene usted dolores óseos? Sí. # Tiene depresión, irritabilidad, angustia, insomnio? Sí. # Tiene molestias en las relaciones sexuales? Ni la más puta idea, señor médico virtual, porque mi marido no me ayuda a descubrirlo. # Tiene mayor flacidez en las mamas? Sí, parecen dos quesos cremosos. # Tiene sequedad vaginal? Tengo. # Que más tiene señora? Qué más tengo? Tengo 51 años, once meses y 13 días de vida. **Tengo ganas de llorar y de que alguien me abrace.** Pero son las cinco de la mañana y toda la familia duerme como si en esta casa no pasara nada. (mujergorda.bitagoras.com Capítulo 92).

2. 2. 1. 2 SUB-CAMPO GENERALISTA

O sub-campo generalista não pode ser visto como um bloco homogêneo. Assim como no sub-campo fragmentário, há nele movimentos críticos internos, que já foram identificados anteriormente; ou seja, no sub-campo generalista também existem contradições. Para exemplificar isso, cito uma delas: O uso do conceito “competências a serem alcançadas pelos médicos desse sub-campo” é identificado por Frigotto como uma estratégia de empregabilidade, típica do Neoliberalismo. (FRIGOTTO, 1998). No entanto, o posicionamento político das entidades do sub-campo é favorável às políticas públicas contrárias ao Neoliberalismo.

CARACTERÍSTICAS GERAIS

Neste estudo, considero pertencentes a esse sub-campo os médicos que trabalham com as seguintes designações: Médico de Família e Comunidade, no Brasil; Médico de Família, nos Estados Unidos da América; Médico Geral (GP – General Practitioner), na Inglaterra e Canadá; Médico de Família, em Portugal; Medicina de Família e Comunidade (Medicina de Família y Comunitária), na Espanha, etc.

Diferente do sub-campo fragmentário, o sub-campo generalista da Medicina Científica Moderna tem as características, competências e habilidades dos médicos relacionadas ao modelo assistencial vinculado às políticas públicas de saúde. Em países como os Estados Unidos, onde o setor de saúde é organizado a partir das regras do livre mercado, o médico de família atua de forma isolada, atendendo aos pacientes e seus familiares na lógica de mercado. Muitas vezes ele cumpre a função de “Gatekeepers”³⁰ no sistema do Managed Care³¹. Nesse tipo de modelo assistencial, o médico do referido sub-campo tem suas atribuições muito limitadas pelas próprias características do sistema de saúde.

Entretanto, nos países em que existe um sistema de saúde minimamente organizado a partir das necessidades de saúde da população, esse médico atua no nível de Atenção Primária à Saúde (APS), e suas atribuições têm estreita relação com esse vínculo. É nessa profunda interação que devem ser buscadas as características fundantes desse profissional, justificando a escolha de tipificação ou de perfil que dele faz a WONCA Europa “Organização Mundial de Médicos de Família. Cuidando de Pessoas”³² (WONCA, 2002). No citado documento, são elencadas seis competências centrais, além das respectivas habilidades, sobre as quais vou fazer algumas considerações a seguir. E, para facilitar sua compreensão, vou apresentá-las já traduzidas no texto, deixando o original nas notas de rodapé.

³⁰ A função básica desse médico é fazer triagem dos pacientes para os especialistas com o propósito de indicar o especialista certo; também funciona como um mecanismo racionalizador para baixar os custos do sistema.

³¹ “Cuidado de Saúde Gerenciado”.

³² “World family doctors. Caring for people”. (Organização mundial de médicos de família. Cuidando de pessoas).

O primeiro grupo de competências se chama “Atenção aos Cuidados Primários”³³, e corresponde às seguintes habilidades: Estabelecer o contato primário com os pacientes, lidando com problemas não selecionados”³⁴; “Cobrir o conjunto de problemas de saúde”³⁵; “Coordenar o cuidado em Atenção Primária em Saúde com outros profissionais e outros especialistas”³⁶; “Gerir provisão de cuidados da saúde efetivos e apropriados e gerir a utilização do serviço de saúde”³⁷; e “Tornar disponível ao paciente o serviço apropriado dentro do sistema de saúde; agir como defensor do paciente”³⁸. Segue a explicação de cada habilidade:

a. “Estabelecer o contato primário com os pacientes, lidando com problemas não selecionados”

O contato primário do paciente é também a porta de entrada do sistema de saúde. Inicialmente fica claro que o respectivo médico está inserido numa rede organizacional. Lidar com problemas selecionados significa que o foco do médico não é dirigido, a priori, para problemas de sua preferência. Ele não oferece uma área específica, mas deve estar à disposição para escutar qualquer queixa e de qualquer natureza. Isso implica que o paciente não precisa de um facilitador, um triador para proporcionar o encontro entre o problema e sua possível solução. As ferramentas de comunicação disponíveis e utilizadas pelo médico e pelo paciente permitem construir tais aproximações. Mesmo que, no final, o paciente tenha um problema que exija um

³³ “Primary care management”.

³⁴ “To manage primary contact with patients, dealing with unselected problems”.

³⁵ “To cover the full range of health conditions”.

³⁶ “To co-ordinate care with other professionals in primary care and with other specialists”.

³⁷ “To make effective and appropriate care provision and health service utilization”.

³⁸ “To make available to the patient the appropriate services within the health care system; to act as advocate for the patient”.

manejo com alta tecnologia e com especialistas, o médico deve saber ouvi-lo e compreender seus problemas para indicar-lhe a melhor solução.

Também é no contato primário que se inicia o processo de aproximação, conhecimento e construção de confiança mútua. Para haver uma continuidade com plena confiança, o primeiro contato precisa tramar os fios para que o paciente eleja esse médico como sua referência principal e para o qual confia os seus problemas de saúde.

b. “Cobrir o conjunto de problemas de saúde”

Não importa a natureza do problema, pois todos precisam ser enfrentados. Sejam eles problemas que exijam intervenções preventivas, curativas, reabilitadoras ou paliativas, todos precisam de uma resposta adequada. Existem problemas que exigem uma resposta urgente; outros têm uma “demora permitida” (KLOETZEL, 2004) que possibilita uma abordagem mais planejada. Existem problemas freqüentes – que se repetem seguidamente no atendimento diário – e outros, raros. Cada uma dessas situações exige abordagem específica, mas integrada ao mesmo conceito.

Cabe à vigilância semiológica³⁹ agir para que os pacientes que têm problemas mais comuns não sejam submetidos ao martírio da busca do “caso raro”; a atenção deve ser constante e criteriosa para garimpar indícios que indiquem a necessidade de procurar um diagnóstico menos freqüente ou casos mais graves. É o que Kloetzel caracteriza como “Agir com simplicidade e pensar complicado”. (Idem).

³⁹ O conceito de vigilância semiológica (adaptado a partir do conceito de Vigilância Epistemológica desenvolvido por BACHELARD 1968) é largamente utilizado nos seminários e orientações clínicas no Internato de Medicina Social da FAMED/UFRGS. Basicamente, ele articula a idéia de atenção crítica e a busca ativa de sinais e sintomas indiciários de situações de risco, ou que indiquem a possibilidade/necessidade de investigar o paciente para ver se ele é portador de uma doença mais rara ou grave que exija encaminhamento imediato para um serviço de referência.

c. “Coordenar o cuidado em Atenção Primária em Saúde com outros profissionais e outros especialistas”

Isso significa que o trabalho médico não é uma empresa solitária e individual. O médico deve trabalhar numa equipe multiprofissional e colaborar para haver articulação inter e transdisciplinar. O trabalho em equipe pressupõe intensa colaboração entre os profissionais, portanto, sem espaço para disputar paciente, pois a lógica não é obter lucros individuais, mas propiciar melhores condições de saúde à população. Em princípio, o trabalho integrado de profissionais da área de saúde deve propiciar uma atenção mais integral para as necessidades do paciente. Nesse sentido, os profissionais com formação universitária e em condições de contribuir para melhorar o atendimento na Atenção Primária em Saúde, são o próprio médico, o enfermeiro, o cirurgião dentista, o psicólogo, o nutricionista, o assistente social, entre outros.

Mas, o trabalho de Atenção Primária em Saúde tem limites na sua capacidade de resolutividade. Há, por isso, necessidade de uma rede de referência e de especialistas, com acesso garantido por um sistema de encaminhamentos. A disponibilização de todas as especialidades e a regulação dos acessos é uma tarefa de gestão do sistema de saúde. Os médicos, entretanto, podem contribuir enormemente nessa tarefa, tanto na qualidade e especificidades do encaminhamento, quanto na qualidade da contra-referência produzida pelo especialista, o que facilita o acompanhamento do paciente no retorno a sua unidade de saúde de origem. Em outras palavras, o médico de APS não pode ficar esperando que o sistema de regulação resolva automaticamente a necessidade de um paciente por uma consulta a um especialista. Ele precisa estar atento e intervir

em favor do paciente quando a burocracia ou, outros entraves prejudicam o acesso adequado do paciente para chegar aos outros níveis do sistema de saúde.

d. “Gerir provisão de cuidados da saúde efetivos e apropriados e gerir a utilização do serviço de saúde”

Isso significa que o atendimento à população pelo serviço de saúde deve cobrir as reais necessidades e produzir o resultado buscado, dentro de parâmetros considerados adequados e sancionados pelas autoridades competentes.

e. “Tornar disponível ao paciente o serviço apropriado dentro do sistema de saúde; agir como defensor do paciente”

Se um paciente tem um determinado problema e existe alguma solução disponível dentro do sistema de saúde, o médico tem obrigação de agir para garantir-lhe acesso àquele serviço. Também significa que, em APS, existe a necessidade de incorporar tecnologia adequada para resolver problemas prevalentes, garantindo resolutividade naquele nível do sistema de saúde.

O segundo grupo de competências traduz-se pelas “habilidades para o atendimento centrado no paciente”⁴⁰: “Adotar uma abordagem centrada no sujeito, ao lidar com os pacientes e problemas, considerando o contexto circunstancial dos pacientes”⁴¹; “Realizar a consulta da prática médica geral de tal maneira que a relação médico-paciente seja efetiva e que respeite a autonomia do paciente”⁴²;

⁴⁰ “Person-centered care includes the ability”.

⁴¹ “To adopt a person-centered approach in dealing with patients and problems in the context of patient’s circumstances”.

⁴² “To apply the general practice consultation to bring about an effective doctor-patient relationship, with respect for the patient’s autonomy”.

“Comunicar, acertar prioridades e atuar em parceria”⁴³; “Garantir cuidado longitudinal levando em consideração as necessidades do paciente, estabelecendo uma atenção coordenada e contínua”⁴⁴. Cada uma dessas habilidades pode ser assim caracterizada:

a. “Adotar uma abordagem centrada no sujeito, ao lidar com os pacientes e problemas, considerando o contexto circunstancial dos pacientes”

O foco de atenção do médico deve ser o paciente como um todo, como um ser social que vive em determinadas circunstâncias. A queixa específica do paciente pode ser uma dor epigástrica, ou dor pré-cordial, mas essa dor não pode ser separada de um paciente específico, que tem uma história, uma vida pessoal, condições de vida que precisam ser levadas em consideração. As dores epigástricas e pré-cordiais, como qualquer outro sintoma, são, por natureza, subjetivas. Por isso mesmo são a porta de entrada que permite ao médico acesso ao paciente; são um território singular que o médico poderá ou não abrir para perceber outros sintomas e sinais para ajudar na composição de quadros diagnósticos. Por isso, um determinado sintoma ou sinal ganha mais valor propedêutico dentro de um modelo de análise compreensiva⁴⁵. Isso implica conhecer a vida do paciente e descobrir seus modelos de referência culturais, religiosos, étnicos, etc. Somente assim, o médico pode compreender verdadeiramente seu paciente, revertendo esse conhecimento em favor do próprio paciente.

⁴³ “To communicate, set priorities and act in partnership”.

⁴⁴ “To provide longitudinal continuity of care as determined by the needs of the patient, referring to continuing and coordinated care management”.

⁴⁵ Neste caso, o termo “compreensivo” se refere à maneira como M. Weber utiliza “verstehen”, na língua alemã, com seu duplo sentido de compreender: compreensão empática (interna ao sujeito) e compreensão dos fatores sociais (externa ao sujeito). O uso de terminologia weberiana não significa a adoção desse referencial teórico.

b. “Realizar a consulta da prática médica geral de tal maneira que a relação médico-paciente seja efetiva e que respeite a autonomia do paciente”

A maneira como o médico geral realiza a consulta – investindo na relação médico-paciente, elegendo esse foco como interesse principal, não utilizando subterfúgios para fugir das queixas do paciente, evitando também a medicalização da queixa – cria uma condição de trabalho profissional com altíssimo grau de exigência. Com essas prerrogativas, não há rotinas: cada paciente é um novo e grande desafio. Toda essa complexidade do processo de trabalho do médico não pode alterar a necessidade de o paciente fazer suas escolhas, ficando ao médico o papel de auxiliar na melhor escolha de investigação ou terapia, ajudando o paciente a exercer sua autonomia e diminuindo sua dependência do médico.

c. “Comunicar, acertar prioridades e atuar em parceria”

A linguagem utilizada pelo médico deve estar de acordo com as possibilidades de compreensão do paciente. O médico também precisa estar ciente dos significados específicos da fala do paciente, pois, em geral, os códigos lingüísticos não são os mesmos de ambos os lados. E quem deve fazer o esforço principal de compreensão são os médicos.

d. “Garantir cuidado longitudinal levando em consideração as necessidades do paciente, estabelecendo uma atenção coordenada e contínua”

O paciente nunca pode ser abandonado, mas precisa ser acompanhado em todas as suas necessidades ao longo do tempo. É preciso garantir-lhe os cuidados devidos para cada nova situação, além da manutenção dos cuidados para as situações que acompanham sua vida.

O terceiro grupo de competências se refere a “Habilidades específicas para resolver problemas”⁴⁶, que são: “Relacionar o processo específico de tomada de decisão à prevalência e incidência das doenças na comunidade”⁴⁷; “Articular e interpretar as informações coletadas da história, exame físico e investigações e aplicar isso com um plano de cuidado adequado em colaboração com o paciente”⁴⁸; “Adotar princípios de trabalho apropriados como, por exemplo, investigação gradual, usando o tempo como ferramenta e tolerando as incertezas”; “Quando necessário, intervir com urgência”⁴⁹; “Prestar atenção nas condições que podem apresentar sintomas precoces e indiferenciados”⁵⁰; “Fazer intervenções e terapêuticas efetivas e eficientes”⁵¹. A seguir, comentários sucintos sobre cada habilidade desse grupo:

a. “Relacionar o processo específico de tomada de decisão à prevalência e incidência das doenças na comunidade”

Em outras palavras, isso significa que as prioridades devem ser construídas a partir das necessidades de saúde da população, requerendo-se, para isso, estudos com instrumentos adequados para conhecer a realidade em que vive a população.

b. “Articular e interpretar as informações coletadas da história, exame físico e investigações e aplicar isso com um plano de cuidado adequado em colaboração com o paciente”

⁴⁶ “Specific problem solving skills includes the ability”.

⁴⁷ “To relate specific decision making process to the prevalence and incidence of illness in the community”.

⁴⁸ “To selectively gather and interpret information from history-taking, physical examination, and investigations and apply it to an appropriate management plan in collaboration with the patient”.

⁴⁹ “To intervene urgently when necessary”.

⁵⁰ “To manage conditions which may present early and in an undifferentiated way”.

⁵¹ “To make effective and efficient use of diagnostic and therapeutic interventions”.

O processo da consulta médica não pode negligenciar qualquer aspecto, valorizando, na medida certa, cada procedimento propedêutico, com ênfases definidas pelas necessidades de cada situação.

c. “Adotar princípios de trabalho apropriados como, por exemplo, investigação gradual, usando o tempo como ferramenta e tolerando as incertezas”

Fazer a investigação na hora certa e saber esperar, quando isso é possível, são habilidades não só necessárias, mas também muito úteis, e somente são desenvolvidas mais profundamente com a experiência continuada em Atenção Primária em Saúde. Essas qualidades ajudam a investigar aquilo que realmente exige um diagnóstico mais preciso e permitem evitar investigações desnecessárias.

d. “Quando necessário, intervir com urgência”

Quando um paciente tem uma suspeita, por exemplo, de uma apendicite aguda, não é possível postergar o momento de uma avaliação cirúrgica. Se o sistema de saúde não permite o rápido atendimento desse tipo de situação, ele compromete todo o resto do trabalho, mesmo quando é feito com qualidade.

e. “Prestar atenção nas condições que podem apresentar sintomas precoces e indiferenciados”

O médico deve estar atento para identificar oportunidades de fazer um diagnóstico precoce, não perdendo a chance de prevenir doenças mais graves ou com significados epidemiológicos importantes, como, no caso, doenças transmissíveis com possibilidades de provocar epidemias.

f. “Fazer intervenções e terapêuticas efetivas e eficientes”

Significa que o médico deve buscar o que tem de melhor disponível em termos de recursos diagnósticos e terapêuticos, sempre levando em consideração um balanço equilibrado das opções para atingir os melhores resultados para o paciente.

O quarto grupo de competências se refere a “Abordagem compreensiva”⁵², desdobradas nas seguintes habilidades:

a. “Trabalhar simultaneamente múltiplas queixas e patologias, incluindo problemas individuais agudos e crônicos”⁵³

Quando um paciente tem um médico de referência, ele pode levar todas as suas queixas para esse médico. Não há necessidade de procurar um médico diferente para cada patologia ou para cada queixa. Um mesmo paciente pode ter vários problemas com graus de complexidade diferentes, mas ele tem, como primeiro recurso, um único médico, que poderá decidir quais desses problemas ele mesmo pode manejar e quais (se tiver) precisam de uma abordagem especializada.

b. “Promover saúde e bem estar aplicando estratégias corretas de promoção da saúde e prevenção de doenças”⁵⁴

A intervenção para promover a saúde e prevenir a doença numa comunidade pode incluir vários níveis: trabalhar com estratégias de educação em saúde; reivindicar melhorias na infra-estrutura sanitária; promover programas de atividades

⁵² “Comprehensive approach includes the ability”.

⁵³ “To manage simultaneously multiple complaints and pathologies, both acute and chronic health problems in the individual”.

⁵⁴ “To promote health and well being by applying health promotion and disease prevention strategies appropriately”.

físicas e entretenimento; organizar cursos para qualificação de trabalhadores; estimular iniciativas de geração de renda e outras.

c. “Administrar e coordenar promoção e prevenção de saúde, cura, cuidados paliativos e reabilitação”⁵⁵

O atendimento integral às necessidades de saúde inclui programas preventivos, curativos e de reabilitação.

A quinta competência se refere a “Habilidade de orientação comunitária”⁵⁶:

“Equilibrar as necessidades de saúde do paciente individual e as necessidades de saúde da comunidade na qual vive esse paciente, considerando os recursos disponíveis”⁵⁷

A Atenção Primária em Saúde precisa saber equilibrar perfeitamente as necessidades individuais dos pacientes, oferecendo-lhes atendimento personalizado. Todavia, isso não pode ser feito em detrimento de programas coletivos de saúde, enquadrados no planejamento resultante de um diagnóstico de saúde, incluindo os aspectos sócio-sanitários da comunidade atendida.

A sexta competência se refere ao “Processo de trabalho holístico” e apresenta a seguinte habilidade:

⁵⁵ “To manage and co-ordinate health promotion, prevention, cure, care and palliation and rehabilitation”.

⁵⁶ “Community orientation includes the ability”.

⁵⁷ “To reconcile the health needs of individual patients and the health needs of community in which they live in balance with available resources”.

“Usar o modelo bio-psico-social levando em consideração a dimensão cultural e existencial do paciente”⁵⁸

O médico precisa saber que o processo saúde-doença tem determinantes que transcendem o indivíduo e tem relação com o modo de vida dos pacientes. Por isso precisa incorporar essa compreensão para toda sua prática médica.

Nas páginas precedentes, minha intenção foi fazer somente uma apresentação das principais características do sub-campo generalista, usando, como referência, um documento oficial de uma das principais entidades do setor. As explicações formuladas seguiram o espírito do próprio documento, deixando as discussões teóricas e os questionamentos para a seção O Olho Imanente.

Para completar a caracterização do sub-campo generalista, vou agrupar questões sob três denominações diferentes, quais sejam: Disputas internas no sub-campo; Questões epistemológicas; Questões político-conjunturais.

DISPUTAS INTERNAS NO SUB-CAMPO GENERALISTA

a. GRUPOS QUE DÃO ÊNFASE AO ATENDIMENTO CLÍNICO INDIVIDUAL

Mesmo que os princípios do sub-campo generalista sejam muito claros no sentido de integrar as atividades de caráter individual e coletivo, nele existem grupos que acabam dando maior ênfase ao atendimento clínico individual. No Brasil, esse fato pode ser constatado em programas de treinamento nas residências médicas

⁵⁸ “Holistic modeling includes the ability to use a bio-psycho-social model taking into account cultural and existential dimensions”.

(MATTOS, 2001, p. 48) e no trabalho de muitos médicos que atuam em Atenção Primária em Saúde⁵⁹.

b. GRUPOS QUE DÃO ÊNFASE AOS PROGRAMAS PREVENTIVOS E DE SAÚDE COLETIVA

Enfatizar a prevenção e a saúde coletiva está bem demarcado, no Brasil, na maioria dos programas de residência médica “Preventiva e Social” (MATTOS, 2001, p. 47). Os programas dessas residências foram fortemente influenciados pela ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), cujos membros, majoritariamente, sempre entenderam o trabalho clínico do médico, nas periferias urbanas, como medicalização dos problemas sociais. Uma boa parte do Movimento Sanitário brasileiro também se orienta por essa visão.

c. ESTRATÉGIA DO ACOLHIMENTO COMO TENTATIVA DE INTEGRAÇÃO

Para fazer frente às duas tendências anteriores, o Programa de Saúde da Família, no Brasil, adotou o acolhimento. O objetivo declarado é abrir a porta do sistema de saúde para todos os que chegam a qualquer unidade de saúde. Quando alguém busca atendimento e não o consegue para o mesmo dia, um membro da equipe de saúde atende essa pessoa e avalia previamente a situação. Se o problema do paciente permite uma espera, ele recebe uma marcação de consulta com data e hora acertadas naquele momento. A preferência é agendar consultas

⁵⁹ Nos EUA, é notória a preferência para atividades clínicas voltadas ao indivíduo.

dentro de programas estruturados. Assim, o acolhimento funciona para aliviar uma possível avalanche de consultas da demanda espontânea do dia, e cria a possibilidade de obrigar o médico a trabalhar com agendas programadas.

Aparentemente, essa solução é acabar com filas e esperas nas unidades de saúde. Mas, é bem provável que seja uma estratégia para compatibilizar, de um lado, o interesse prioritário de muitos médicos em somente fazer clínica individual e, de outro lado, atender o interesse dos que preferem dar ênfase aos programas de caráter coletivo.

d. ACOMODAÇÃO SOCIAL OU TRANSFORMAÇÃO SOCIAL

Em favor da idéia de que a Medicina Geral promove a acomodação social se destaca a seguinte crítica: Oferecer paliativos médicos para problemas que têm origem sócio-econômica, além de não resolver os problemas, ajudaria a atenuar a tensão social, diminuindo as possibilidades de as próprias pessoas lutarem por mudanças. Outra crítica refere-se à experiência americana, que utilizou largamente a Medicina de Família em comunidades de imigrantes pobres com o objetivo explícito de promover sua integração ao modelo econômico vigente e de acomodar os conflitos. (ROSEN, 1980, p. 397).

Os que defendem a idéia de que a Medicina Geral pode participar de um processo de transformação social acreditam que a maioria dos princípios do sub-campo generalista permitem um tipo de trabalho em que o enfrentamento de cada problema enseja uma possibilidade de questionar a realidade, colocando em destaque as contradições. Assim se desenvolveria uma consciência crítica que

tornaria o médico parceiro⁶⁰ dos pacientes e da comunidade na busca de mudança e melhorias em suas condições de vida.

QUESTÕES EPISTEMOLÓGICAS

a. O TODO E A PARTE

“Quando nós, os generalistas, falamos sobre doença, nós costumamos dizer: ‘Isto me lembra o Sr. A’. Nós temos dificuldades em pensar numa doença desligada da pessoa que padece.” (MACWHINNEY, 1996). Esse comentário de Macwhinney pode ser interpretado como uma crítica aos especialistas que, em geral, se referem às doenças como abstrações, instaladas em pacientes apenas identificados pelo número de seu leito hospitalar – como, por exemplo, a pneumonia do 412C – não importando muito o tipo de pessoa que é portadora daquela doença. Sob essa ótica, uma pneumonia, ou qualquer outra patologia, embora seja uma parte de um ser humano, poderia ser abordada de forma independente, desvinculada do todo daquele organismo humano. A mesma coisa poderia ser dita em relação a qualquer outra parte do ser humano. Volto a enfatizar que o processo de divisão, do todo para as partes, unidirecional, não difere do processo de produção científica para a aplicação na clínica médica inscrita no sub-campo fragmentário.

⁶⁰ Parto do pressuposto de que há, no Brasil, um histórico de resistências nas classes populares em relação a políticas públicas, mais especificamente, em saúde. (ROSÁRIO COSTA, 1985). Sendo o médico um dos profissionais na linha de frente, ele é visto como um representante institucional dos interesses da elite. É nesse sentido que percebo a necessidade de construir essa parceria, indicando uma possibilidade de outro tipo de aliança em torno de interesses em comum.

Entretanto, para o sub-campo generalista, o comentário do mesmo autor pode identificar outros significados. Uma pneumonia deixa de ser uma entidade autônoma, abstraída do paciente concreto, exatamente quando é considerada como sendo uma manifestação de um “determinado” paciente. Ou seja, quando uma pneumonia é pensada em função de um paciente, no raciocínio subjacente do médico ela não é igual a outras pneumonias de outros pacientes. Há uma interação específica, um modo singular como essa pneumonia habita aquele paciente. Essa constatação nos autoriza a pensar que os mecanismos biológicos podem ter variabilidade, e a maneira de sentir e sofrer cada doença tem uma variabilidade ainda maior. Isso implica questionar as regularidades orgânicas e o dualismo entre corpo e mente, como sugere Macwhinney: “A prática generalista é o único campo majoritário que transcende a divisão dualística entre corpo e mente” (MACWHINNEY, 1996). Dentro dessa perspectiva, examinar uma parte sem considerar o todo não faz qualquer sentido, pois não existe definição conceitual que possa ser limitada a uma parte somente.

Pelos princípios da Medicina Generalista, o paciente sempre precisa ser visto como um todo, como um ser integral. Assim, a clínica, pelo menos retoricamente, faz a integração da parte com o todo. Aparentemente há, nessa assertiva, uma contradição. Seria compatível utilizar, como referência acadêmica, a produção científica desenvolvida pelo processo dedutivo positivista com ruptura holonômica das partes com o todo e onde os dois dos pilares fundantes são os conceitos epidemiológicos de regularidade e comparabilidade? Essa questão merece um aprofundamento maior. Mas, de antemão, posso inferir que é válido perguntar se a prática clínica generalista deve buscar novos desenvolvimentos científicos, com novas bases epistemológicas. Uma das alternativas poderia ser o

caminho de volta das fugas tecnológicas engendradas no modelo cartesiano de ciência.

b. O CAMINHO INVERSO DA FUGA TECNOLÓGICA

Como foi visto acima, as fugas tecnológicas para frente produzem um conhecimento resultante de um processo de fragmentação do objeto em sucessivas divisões. O desafio é pensar num caminho inverso, onde o conhecimento produzido possa fazer sentido na perspectiva de atender o paciente numa visão de integralidade. No sub-campo fragmentário predomina a assim chamada Medicina Baseada em Evidências, onde o conhecimento é produzido em estudos multicêntricos internacionais, engendrando ‘verdades’ e evidências científicas com pretensão de validade universal. Assim, um dos caminhos que visualizo é a Medicina Baseada em Evidências, porém centrada no paciente. Isso implicaria aceitar os conhecimentos produzidos no processo de fugas tecnológicas, mas estes seriam avaliados para o caso específico de cada paciente.

Outra questão a ser aprofundada é o próprio processo do caminho inverso, considerando as possibilidades e as implicações de uma reintegração da parte no todo, o que poderá ser compreendido em outra perspectiva, ou seja, a partir da incorporação da teoria espinosana.

c. CONSEQÜÊNCIAS PARA O RACIOCÍNIO CLÍNICO

Para fazer diagnósticos, será que faria alguma diferença pensar o paciente como um todo, ou focar o seu problema apenas na parte doente? Para resolver problemas específicos de pacientes, pode parecer que não faça tanta diferença. Ilustremos essa situação com um exemplo: Pensar o quanto as coronárias estão obstruídas num paciente que tem angina do peito, a partir de sintomas e sinais, parece suficiente para indicar a terapêutica correta. Se o médico se satisfaz em resolver um problema específico e não pergunta sobre outras interferências nesse tipo de problema, sua capacidade de compreensão tende a ser cada vez mais verticalizada e aprofundada no específico. As ferramentas de trabalho desenvolvidas nessas abordagens vão sendo lapidadas, e os instrumentos heurísticos se tornam cada vez mais “micro”, tudo legitimado por práticas rotinizadas baseadas em protocolos amplamente difundidos pelo mundo afora. O médico, inserido em tais condições de trabalho tem a tendência de perder a capacidade de construir relações abrangentes.

Por outro lado, se o médico, para um paciente com angina de peito, levar em consideração todo o corolário propedêutico, incluindo as condições de vida do paciente, sua inserção no mundo do trabalho, vida familiar, “stress” moderno, etc., adotará outro modo de agir. Embora não mude a conduta clínica imediata, que pode exigir uma ponte de safena ou outro tipo de terapia, é obrigado a desenvolver um raciocínio em bases diferentes. Então, a angina passa a ser apenas uma parte do problema que precisa ser resolvido. Se tiver interesse em uma intervenção de alcance maior, que possa interferir nos determinantes do problema específico, então seu foco de compreensão precisa ser o mais amplo possível. Desenvolver raciocínios nessa perspectiva abre-lhe a possibilidade de não perder a conexão com

a realidade social mais abrangente, onde suas ferramentas de trabalho são qualitativamente diferentes.

QUESTÕES POLÍTICO-CONJUNTURAS

a. VÍNCULO COM SISTEMAS DE SAÚDE ORGANIZADOS

O sub-campo da Medicina Generalista tem seu desenvolvimento diretamente relacionado à capacidade de gestão do setor público. Essa interdependência contém alguns significados importantes. Em primeiro plano aparece a questão ideológica. Optar por um sistema de saúde organizado significa que o Estado vai interferir na oferta de serviços de saúde.

Os princípios gerais desse sub-campo definem que a oferta de serviços de saúde deve possibilitar acesso universal, sem discriminação, inclusive por questão financeira. Em conseqüência, nas regiões onde o serviço de saúde está organizado e tem qualidade, a iniciativa privada fica com pouca clientela, e isso tem implicações profundas no modo de organização da sociedade.

O Estado necessita estar presente, com boa capacidade fiscal e de gestão. Precisa arrecadar, através de impostos ou outros mecanismos, um volume suficiente de recursos para financiar os serviços de saúde⁶¹. Para tanto carece de legitimidade política, legitimidade que é construída na sociedade a partir de uma determinada visão de mundo. E a visão de mundo que sustenta o Estado de Bem Estar baseia-se, fundamentalmente, nas idéias de solidariedade e reciprocidade. O princípio da solidariedade se aplica em políticas fiscais, onde setores da economia mais

⁶¹ Na verdade, os programas sociais dificilmente ocorrem de forma isolada. Em geral, quando há políticas sociais, estas envolvem saúde, educação, moradia, seguridade previdenciária, etc.

dinâmicos e lucrativos, juntamente com trabalhadores com ganhos salariais mais elevados, contribuem com valores maiores, com o objetivo de garantir benefícios para o conjunto da sociedade.

O princípio da reciprocidade é mais complexo: baseia-se na idéia de que o esforço coletivo de uma sociedade que beneficia os cidadãos mais necessitados pode produzir uma resposta positiva desses mesmos cidadãos, qual seja, a de que as pessoas beneficiadas se tornem pró-ativas para a sociedade. O mecanismo funcionaria da seguinte maneira: Um cidadão – por exemplo, um paciente de baixo poder aquisitivo – beneficia-se de um atendimento gratuito de qualidade. Essa qualidade significa que ele é bem atendido, sem discriminação, e respeitado como cidadão. Dessa maneira, a sociedade, através de um serviço – no caso, serviço de saúde – pode cumprir o papel importante de melhorar a auto-estima e o interesse das pessoas de lutarem para melhorar sua condição de vida, diminuindo, conseqüentemente, sua dependência de políticas públicas.

Esse tipo de política tem sido alvo de dois tipos de crítica. De um lado, se faz a acusação de que essa política tende a levar as pessoas à acomodação. Em conseqüência, perderiam o interesse de lutar para serem ativos e responsáveis sobre seus destinos econômicos. No limite, esse tipo de política levaria a uma sociedade com cidadãos desinteressados, esperando que a sociedade, através de políticas públicas, resolva todos os seus problemas. (MARSHAL, 1967).

De outro lado, situa-se a crítica de que esse tipo de política produz a acomodação das relações de classe; ou seja, que esse tipo de políticas sociais levaria a classe trabalhadora a um processo de integração dentro dos marcos do capitalismo. Seria uma espécie de concessão que o capitalismo teria desenvolvido

durante a guerra fria, oferecendo vantagens sociais aos trabalhadores e diminuindo, dessa maneira, sua vontade de lutar pela transformação da sociedade.

Com o fim do socialismo real do bloco soviético, sem temer a ameaça iminente de revoluções socialistas, e com o fim da guerra fria, as elites européias não teriam mais razões para manter esse tipo de políticas públicas de compensação, deixando mergulhar o Estado de Bem Estar em profunda crise. (OLIVEIRA, 1997)

b. GLOBALIZAÇÃO

Outra explicação para a crise do Estado de Bem Estar poderia ser buscado no processo de globalização. Entretanto, diante das delimitações desta pesquisa, concentro, prioritariamente, as próximas considerações ao seguinte problema: O que significa a globalização para o sub-campo generalista da medicina?

Como já vimos acima, a Medicina Generalista depende profundamente de prerrogativas do Estado. No processo de globalização, a tendência é a diminuição do tamanho do Estado e uma modificação de suas funções em relação à sociedade. Isso ocorre em consequência de privatizações, políticas de incentivo fiscal, renúncia fiscal, guerra fiscal, etc. Com o desenvolvimento do assim chamado terceiro setor, constituído de organizações sociais de direito privado e que prestam serviços de natureza pública, parte das funções que eram assumidas pelo Estado passa a ser exercida por essas entidades. Um exemplo típico, no Brasil, é a contratação dos profissionais pelo Programa de Saúde da Família. Não são necessariamente as Prefeituras que contratam os profissionais, pois estes são contratados pelo regime

da CLT⁶², ou mediante outros tipos de contratação, flexibilizada por entidades não públicas. Entretanto, os trabalhadores prestam um serviço de caráter público⁶³. Essa precarização do vínculo empregatício significa retirar da órbita do Estado a responsabilidade pelos trabalhadores de saúde e, em conseqüência, da própria oferta do serviço de saúde. Assim, o Estado cria o primeiro mecanismo de repassar parte de suas atividades históricas para o setor privado. Esse tipo de processo de desregulamentação de relações de trabalho está presente em muitos setores, tanto públicos como privados. O objetivo principal é basicamente o mesmo, qual seja, criar condições para o livre fluxo de capitais, facilitando a financeirização da economia e garantindo liberdade para os interesses econômicos globais.

A conseqüência mais imediatamente perceptível para o sub-campo da Medicina Generalista é que a globalização, para países como o Brasil, se encaminha para um Estado tão mínimo em que as condições de oferecer políticas sociais de qualidade são muito duvidosas, caracterizando-se como “medicina pobre para os pobres”. Os demais deveriam buscar a solução de seus problemas no mercado privado, onde cada um compra serviços proporcionais a seu poder aquisitivo. Muitas vezes, porém, o poder aquisitivo não cobre as necessidades.

Depois de discutir e apresentar as características gerais dos sub-campos fragmentário e generalista da Medicina Científica Moderna como base empírica prévia para o posterior desenvolvimento da presente tese, chega o momento de

⁶² Consolidação das Leis do trabalho.

⁶³ Observa-se uma tentativa de publicizar o privado em combinação com a privatização do público. Não se trata somente de privatizar empresas públicas para engendrar o Estado Mínimo, mas há uma deliberada vontade política para transformar o Estado em balcão de negócios privados. É o Estado a serviço de uma classe.

construir algumas cabeças de ponte teóricas, que deverão servir para relacionar a realidade empírica do objeto em construção com um referencial teórico.

3. POLINDO LENTES ESPINOSANAS

3.1 INTRODUÇÃO

Polir lentes para aguçar percepções; construir lentes ajustadas para uma visão panorâmica do todo, do longe, do perto e do muito perto, para ultrapassar as estruturas mais recônditas na hiper-transparência do orgânico e avançar nas possibilidades dos planos de imanência; fazer a passagem da perspectiva epistemológica do olho do cogito solipsista para o olho imanente; tudo isso pressupõe uma ruptura teórica que possibilite transitar no referencial cartesiano para, em seguida, buscar uma nova ancoragem filosófico-epistemológica em Espinosa.

Fazer essa discussão trazendo para o debate dois autores clássicos da filosofia implica conhecer alguns dos aspectos essenciais do contexto social, cultural, religioso, político, da época em que esses autores produziram suas idéias, bem como identificar suas contribuições, principalmente as de Descartes, para o desenvolvimento da Ciência Moderna. São esses os objetivos do **Anexo I**, com o título “O ESPÍRITO DA ÉPOCA NO NASCEDOURO DA CIÊNCIA MODERNA”, cujas considerações são importantes para uma melhor compreensão (das próximas seções) deste estudo.

Antes de entrar na discussão do tema deste capítulo, quero justificar escolhas teóricas e caminhos que pretendo seguir.

A Medicina Científica Moderna, notadamente o sub-campo fragmentário, se desenvolveu levando às últimas conseqüências dois princípios cartesianos, a saber:

a divisão entre mente e corpo e a fragmentação do objeto empírico, conforme já foi visto na seção que apresentou as características do Sub-Campo Fragmentário no presente texto. E não há nada que indique uma modificação dessa tendência.

Embora não pretenda colocar em discussão as bases filosóficas do sub-campo fragmentário, cabem aqui alguns questionamentos sobre o sub-campo generalista da Medicina Científica Moderna, uma vez que este apresenta características que, aparentemente, destoam dos princípios cartesianos: Seriam os fundamentos filosóficos do exercício profissional do sub-campo generalista diferentes dos fundamentos filosóficos do sub-campo fragmentário? Considerando que o sub-campo generalista utiliza a mesma Medicina Baseada em Evidências que é utilizada no sub-campo fragmentário, haveria contradições entre o exercício profissional do sub-campo generalista e a utilização da produção científica engendrada a partir de princípios filosóficos cartesianos? Considerando que pode haver outra base filosófica para o exercício profissional do sub-campo generalista, existiria a possibilidade de compatibilizar epistemologicamente a produção científica de uma mesma base filosófica no exercício profissional do sub-campo generalista? Para avançar no entendimento dessas questões, vou buscar contrapontos na filosofia espinosana, que foi a primeira teoria filosófica a discordar profundamente da filosofia e epistemologia cartesiana.

Na discussão da obra de Espinosa, encontrei pontos-chave que quero trazer para o debate na presente tese. Para isso, faço uma escolha seletiva⁶⁴ de questões, ou seja, minhas escolhas não são aleatórias. Não pretendo entrar no debate da

⁶⁴ “Escolha seletiva” não se refere a um uso conceitual específico; simplesmente significa que utilizo um critério de seleção a partir de escolhas pessoais embasadas em questões desenvolvidas na construção do objeto da tese.

questão ontológica, que segue o caminho da desconstrução do sujeito com responsabilidade política, suscitado por interpretações de Espinosa (DELEUZE, 1996 e 2002; ALEKSANDROWICZ, 2003), posição filosófica predominante nos textos e contextos pós-modernos⁶⁵. O recorte da obra de Espinosa que me interessa diz respeito, principalmente, a questões epistemológicas implicadas na construção do objeto de minha investigação e na elaboração de um instrumento heurístico para entender as relações envolvidas no dilema da Medicina Científica Moderna. E, como não sou filósofo nem leitor assíduo de filosofia, não pretendo aventurar-me muito nos textos do próprio Espinosa, mas vou valer-me de uma estudiosa desse autor, que é a professora brasileira Marilena Chauí. Assim, fundamentalmente pelas reflexões de Chauí (CHAUI, 1999), e secundado por Bensaid (BENSAID, 1999), quero estabelecer relações, construir entendimentos e noções teóricas capazes de ajudar a capturar “conexões do real”, guiado pela “nervura do real”, tão magnificamente tecida pela autora quando ela escreve sobre o filósofo Baruch de Espinosa.

O primeiro encontro com Espinosa, sem dúvida, é difícil, adverte Chauí: “Por vezes, o trabalho do leitor pode nascer de um primeiro encontro com a obra, de uma relação muito imediata e ingênua que mantém com ela, mas que inquieta e provoca indagações”.(CHAUI, 1999, p. 40). Mesmo assim, pretendo fazer um esforço no sentido de transformar inquietações em tensionamentos teóricos para tentar superar não só o plano da “doxa ingênua do senso comum”, mas também o plano da “doxa do senso comum douto” (BOURDIEU, 1989, P. 44); para tanto, é necessário um

⁶⁵ Utilizo o termo “pós-moderno” em sentido semelhante ao usado por Marcondes de Moraes “O pós-moderno define-se melhor em sua contraposição às propostas da Ilustração, usualmente associadas ao ‘mundo moderno’”. (MARCONDES DE MORAIS, 2004). Apesar do meu entendimento, ainda bem provisório, de que a filosofia espinosana, como parte do contexto iluminista, poderia engendrar uma “outra modernidade”.

mergulho no plano da imanência da teoria espinosana. E, para que este não seja um mergulho cego, solicito a “proteção”⁶⁶ do Deus espinosano.

As indagações para uma nova leitura e compreensão da realidade e as inquietações conjunturais do momento reclamam a busca de novos caminhos para a medicina. Muitos, dentre os quais me incluo, estão perplexos frente aos rumos da pasteurização cultural da globalização e da chantagem intelectual do pensamento único de um lado, e a indiferença política de outro lado. Nessas circunstâncias, a humanidade costuma se voltar para algum clássico que possa abrir e iluminar novos caminhos para a medicina. No caso em pauta, assim o espero, isso certamente pode ser feito através do uso de lentes espinosanas.

3. 2 O CONCEITO DE IMANÊNCIA EM ESPINOSA

Considero central e fundamental para o presente estudo o conceito de imanência na obra de Espinosa. As duas questões que vou desenvolver a seguir, quais sejam, a nervura que religa o corpo e a mente e a reconstrução holonômica, têm, como lastro, o conceito de imanência. Por isso, antes de entrar na discussão dessas questões, preciso fazer, sucintamente, uma aproximação ao conceito de imanência.

Chauí, falando sobre a relação sujeito-objeto, afirma que, para Espinosa, não há separação entre sujeito e objeto, pois “a imanência é a nervura que sustenta todas as coisas e faz com que se comuniquem, articulando-se umas às outras”

⁶⁶ Que, para mim, são as leituras e releituras dos textos de Espinosa e Marilena Chauí.

(CHAUI, 1999, p. 67). Essa afirmação da autora já explicita a existência de um fio condutor, um elo entre as coisas. As coisas da natureza não são separadas, mas elas se articulam; é dessa maneira que elas devem ser compreendidas. Reconhecer essa conectividade interna é o primeiro passo de uma pesquisa. Mas o importante é perceber a profundidade dos processos e sua relação com a causa, conforme aparece em Bensaid: “A conexidade interna revela, com efeito, um movimento de determinações necessárias na ordem lógica, distinto do encadeamento superficial, trivialmente causal, dos fenômenos”. (BENSAID, 1999, p. 333). Segundo esse autor, Marx teria utilizado tais princípios do trabalho científico para descobrir o valor do trabalho ocultado na mercadoria.

O conceito espinosano de imanência produz uma ruptura profunda com toda a filosofia escolástica e, principalmente, com a de Descartes. O ponto central da diferenciação com a visão tradicional é “... a teoria da causalidade substancial, no mesmo sentido em que é causa de si, a substância é causa eficiente imanente de todas as coisas, e, portanto, tudo o que existe, existe na e pela substância, sem ela não podendo ser nem ser conhecido”.(CHAUI, 1999, p. 67).

A causa de si (causa sui)⁶⁷ remete a uma outra concepção de Deus, a um Deus igualado à condição de natureza: Deus ou natureza (Deus sive natura). Por conseguinte, Chauí conclui que há uma “Natureza Naturante (a substância absolutamente infinita, causa de si, constituída por infinitos atributos em modificações infinitas e finitas, constituindo o todo do universo)”. (CHAUI, 1999, p. 67). Ou seja, em Espinosa, na “questão da origem” não há uma ruptura entre substância e extensão, mas há uma continuidade. Essa continuidade, essa

⁶⁷ “Causa sui é o poder de ser por si mesmo aquilo que é, ou, como insiste Espinosa, a essência que é força para ser por si mesma o que ela é em si mesma”. (CHAUI, 1999, p. 788).

articulação perfeita entre todas as coisas da natureza, seja a Natureza Naturante, seja a Natureza Naturada, correspondem: “a imanência de Deus à natureza” (CHAUI, 1999, p. 280). Ou seja, essa síntese de Chauí contém a chave do entendimento de que a causa está imanente no efeito o que também significa que a Natureza Naturante está imanente na Natureza Naturada.

A consequência mais imediata é que, na perspectiva espinosana, não há qualquer possibilidade de separação entre espírito e extensão; entre mente e corpo; entre sujeito e objeto. Portanto, não faz sentido circunscrever o objeto da ciência ao mundo da Natureza Naturada.

3. 3. A NERVURA QUE RELIGA O CORPO E A MENTE

De acordo com uma das concepções centrais da obra de Descartes, isto é, seu entendimento dualista sobre mente e corpo, a mente ou alma pertenceria ao domínio de Deus; por isso seria objeto não alcançável pela ciência do homem; já o corpo, ou a extensão como um todo, seriam do domínio da natureza, vinculando-se a suas leis próprias e específicas; este, portanto, seria o objeto por excelência da ciência.

Espinosa, por sua vez, desenvolve outra concepção para a relação mente e corpo, manifestada em debate com respostas dirigidas especificamente contra a posição de Descartes. No Prefácio da parte V da *Ética*, Espinosa critica Descartes pela tentativa mal sucedida de apresentar uma versão alternativa para a relação alma e corpo, onde a alma seria “tocada” pelos espíritos animais via glândula pineal, pela qual o ser poderia apreender a realidade externa ao sujeito pela mobilidade

proprioceptiva⁶⁸ da referida glândula. Essa interpretação de Descartes sobre a questão em pauta não é somente desprezada como argumento filosófico, mas é tratada com ironia por Espinosa, como podemos ver no texto a seguir:

Tal é o parecer deste homem ilustríssimo, parecer esse que eu dificilmente acreditaria que proviesse de um homem tão ilustre, se ele fosse menos sutil. Por certo, eu não posso admirar-me suficientemente que um filósofo, que tinha determinado firmemente nada deduzir senão de princípios evidentes e de nada afirmar senão aquilo que percebe clara e distintamente,... não posso admirar-me suficientemente que ele admita uma hipótese mais oculta que todas as qualidades ocultas. Que entende ele – por favor – pela união da alma e do corpo? (ESPINOSA, 1989, p. 214).

A resposta efetiva do filósofo citado vai muito além dessas querelas. Em várias partes de sua obra, encontramos a construção de outra perspectiva filosófica para a mesma questão. Nos parágrafos seguintes, apresento algumas dessas passagens, complementadas por comentários de Chauí.

Espinosa, em dois textos centrais de sua obra, modifica radicalmente o dualismo cartesiano entre a mente e o corpo. Na parte II da *Ética*, na Proposição VII, ele define que “A ordem e a conexão das idéias é a mesma que a ordem e a conexão das coisas”.(ESPINOSA, 1989, vol. II p. 75). Por essa colocação, fica evidente para o autor que os processos internos ao nível das idéias e das coisas são rigorosamente os mesmos. A explicação do próprio autor é apontada no Escólio da mesma proposição:

Tudo que pode ser concluído por uma inteligência infinita, como constituindo a essência da substância, pertence a uma substância única, e, por conseqüência, a substância pensante e a substância extensa são uma e a mesma substância, compreendida ora sob um atributo, ora sob outro. (ESPINOSA, 1989, vol. II p. 75).

⁶⁸ “Apreciação da posição, do equilíbrio e de suas modificações por parte do sistema muscular, especialmente durante o movimento”. (BLAKISTON, 1979). Provavelmente, Descartes confundiu as funções da Glândula Pineal com as funções do nervo Estato-Acústico. Este sim possui a função de equilibrar o corpo humano na sua relação com o meio externo. As implicações teóricas dessa questão poderão vir a ser objeto de discussão em estudos posteriores à presente tese.

Fica claro, portanto, que os atributos que Espinosa chama de substância pensante e substância extensa tem, nos seus conteúdos, a mesma essência da substância, que é única.

Os atributos se diferenciam em modos da Natureza Naturada, que são afecções ou acidentes da substância. Assim, o modo do atributo da substância pensante é a mente, e o modo do atributo da substância extensa é o corpo e a extensão como um todo. Como os atributos revelam a mesma essência substancial que é a Natureza Naturante, os modos são efeitos da causa imanente, sendo que esta causa imanente é causa de si ou Natureza Naturante, e o efeito (em forma de modos) é a Natureza Naturada.

Na perspectiva espinosana, causa e efeitos não podem ser separados, porque a causa está imanente nos efeitos. Por essas explicações, Espinosa não poderia ter outra conclusão senão a de afirmar a união da alma e do corpo, assim como propõe no Tratado da Correção do Intelecto:

Depois de percebermos claramente que sentimos este corpo e nenhum outro, daí, digo, concluímos com clareza que a alma está unida ao corpo, ... ou, por conhecer a essência da alma, sei que ela está unida ao corpo. (ESPINOSA, 1989, vol. 1 p. 47).

Da mesma forma, por também conhecer a essência do corpo, Espinosa não tinha dúvidas sobre sua natureza e os tipos de relação entre esses dois modos. E, por “sentir” esse corpo, está dada a condição da “percepção espinosana” de conhecer algo, de conhecer a Natureza Naturada.

Como não poderia ser diferente, Chauí, após uma análise filosófica profunda da relação entre mente e corpo, concordando com Espinosa, reapresenta a ontologia de um ser humano e, dessa maneira, rompe em definitivo com o dualismo cartesiano.

O modo humano é uma coisa singular, e, portanto, um indivíduo, porque é imediatamente união de mente e corpo, união sem mistérios, pois não é uma composição de 'facto' de duas substâncias independentes de 'jure', mas a expressão qualitativamente diferenciada dos atributos diferentes de uma só e mesma substância, causa imanente de corpos e idéias. (CHAUI, 1999, p. 87).

Dessa maneira, a nervura que religa o corpo e a mente é a causa no efeito, é a causa imanente, é a Natureza Naturante, como causa "sui", engendrando a Natureza Naturada e todos os seus modos com suas afecções, produzindo todas as coisas do universo, com as articulações perfeitamente encadeadas entre todas as coisas, sobretudo entre a mente e o corpo.

3. 4. A RECONSTRUÇÃO HOLONÔMICA

O todo sem a parte não é todo.

A parte sem o todo não é parte.

Mas, se a parte o faz todo sendo parte,

Não se diga que é parte, sendo todo. (Gregório de Matos Guerra)⁶⁹

A relação da parte com o todo é uma questão central, tanto para o sub-campo generalista como para o sub-campo fragmentário da Medicina Científica Moderna. Os significados filosóficos e epistemológicos para um e outro sub-campo é que são diferentes. Para o sub-campo fragmentário, a interdição holonômica, ou seja, o rompimento da relação da parte, que se separa do todo em cada divisão do objeto, representa sempre um novo avanço: uma nova parcela de conhecimento no campo da ciência e possibilidades assistenciais na criação de novas sub-especialidades médicas. Tudo isso é muito coerente com a divisão fragmentária cartesiana do modelo científico hegemônico da Ciência Moderna.

⁶⁹ Esse fragmento de uma poesia do Gregório de Matos Guerra foi declamado por um aluno do Internato de Medicina Social, depois de uma conversa sobre o objeto de minha pesquisa de doutoramento. Esse fato aconteceu na Unidade Básica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. (Observação de nº 194 do Caderno de Campo).

Para o sub-campo generalista, há uma reivindicação de que o paciente deva ser visto como um ser humano na sua totalidade, postulando-se que cada problema do paciente precisa ser analisado, problematizado, levando-se em consideração o sujeito como um todo, com todas as suas dimensões: orgânica, psíquica, social, cultural, econômica, etc. Portanto, o objetivo do médico seria, teoricamente, uma reconstrução holonômica permanente. Cada parte do paciente, ou cada conhecimento sobre uma determinada parte dele, somente faria sentido se fosse pensada e integrada na perspectiva de um sujeito histórico na sua totalidade. No entanto, o sub-campo generalista, na sua prática clínica para tratar os problemas orgânicos dos pacientes⁷⁰, adota hegemonicamente a mesma Medicina – Baseada em Evidências – utilizada pelo sub-campo fragmentário. Os outros conhecimentos necessários para dar conta de um atendimento integral aos pacientes são próprios da formação especializada “lato sensu” do sub-campo generalista.

Uma questão em aberto é saber se há fundamentos filosófico-epistemológicos que dão sustentação à idéia de um ser integral no sub-campo generalista da Medicina Científica Moderna. Embora esse questionamento seja legítimo, não é propriamente essa questão que pretendo responder aqui. Vou limitar-me a apresentar alguns princípios filosóficos espinosanos que tratam da questão holonômica e possibilidades de desdobramentos epistemológicos. O desafio é saber se há algum valor heurístico nesse referencial teórico, levando em consideração os objetivos dos médicos que atuam no sub-campo generalista da Medicina Científica Moderna, qual seja, cuidar de pacientes como seres humanos e pensar a

⁷⁰ Há uma certa controvérsia para saber se a Medicina Baseada em Evidências e as evidências geradas pelo modelo científico do sub-campo fragmentário seriam adequadas para o sub-campo generalista, tendo em vista que o modelo científico que produz os conhecimentos é fragmentador do ser.

possibilidade de produzir conhecimentos a partir de sua prática profissional e acadêmica.

Para compreender a relação da parte com o todo de acordo com a perspectiva espinosana, o conceito fundamental continua sendo o da imanência. Mas esse conceito adquire aqui um profundo sentido epistemológico, pois apresenta instrumentos para capturar as relações de causa e efeito, como nos mostra Chauí:

A imanência da causa no efeito ou da origem no originado, nervura do pensamento e da realidade, é a fibra onde se prendem e de onde se irradiam as idéias espinosanas, entrelaçadas numa estrutura dinâmica que desenha a articulação inédita entre o especulativo e o prático, ou entre teoria e práxis. (CHAUI, 1999, p. 83).

Como podemos constatar, a autora identifica a imanência como um fio condutor que coloca em confronto a capacidade intelectual de pensar o objeto e as possibilidades empírico-experimentais de uma prática científica concreta. Já Bensaid, interpretando a influência epistemológica de Espinosa em Marx, mostra como Marx desmontou e remontou as ligações em cadeia nas relações sociais de produção capitalista:

A totalidade assombra cada elo, cada fragmento, cada detalhe da cadeia. Mas há um que resume e revela o conjunto: o ser, a Madeleine, a mercadoria. Banal e inocente, toda simples, a mercadoria fraturada abre-se como uma espécie de noz mágica de onde escapam valor de uso e valor de troca, trabalho abstrato e trabalho concreto, valor excedente e lucro. (BENSAID, 1999, p. 338).

A operacionalização do conceito de imanência chega ao grau máximo de sua potência epistemológica quando o modo de percepção transita da abstração intuitiva para a experiência investigativa da essência das coisas. É essa a minha interpretação do terceiro e do quarto modo de percepção, apresentados por Espinosa no Tratado da Correção do Intelecto: “Do terceiro, diga-se que, de certa maneira, temos a idéia da coisa e também que concluímos sem perigo de erro; ... só

o quarto modo compreende a essência da coisa e sem perigo de errar.” (ESPINOSA, 1989, vol. I, p. 48)⁷¹.

A interpretação sobre certa hierarquia entre os modos de percepção e suas características intrínsecas, principalmente no quarto modo de percepção, é bastante controversa. Chauí acredita que o terceiro modo de percepção é “‘propter quid’ e adequado porque vai da causa aos efeitos”.(CHAUI, 1999, p. 669). A diferença fundamental está na “idéia da coisa” do terceiro modo de percepção, e a “essência da coisa” do quarto modo de percepção, condição essencial para formar uma “idéia Verdadeira”. Cabe lembrar que, no Escólio II da Proposição LX, parte II da Ética, Espinosa, depois de abordar os dois primeiros modos de percepção, afirma: “Além destes dois gêneros de conhecimento, há ainda um terceiro, como o mostrarei a seguir, a que chamaremos ciência intuitiva”.(ESPINOSA, 1989, vol. II p. 97). Portanto, para Espinosa a “idéia da coisa” equivale a “ciência intuitiva”; ou, segundo os termos usados por Chauí, a partir dos efeitos pode-se intuir ou pensar a causa.

A maneira diferente de apresentar os modos de percepção nos diversos textos espinosanos, em vez de esclarecer os conceitos aumenta ainda mais as dúvidas. Espinosa, ao continuar a explicação do terceiro gênero de conhecimento na Ética, engloba o quarto gênero de conhecimento no terceiro modo de percepção: “Este gênero de conhecimento procede da idéia adequada da essência formal de certos atributos de Deus para o conhecimento adequado da essência das coisas”. (ESPINOSA, 1989, vol. II p. 97). Bensaid somente considera o conhecimento de terceiro tipo, portanto, não entra nessa polêmica. No entanto, ele reconhece que há

⁷¹ Conhecimentos de primeiro e segundo gênero como apresentados na Ética:
Conhecimento do Primeiro Gênero: Opinião, imaginação adquiridos pela experiência vaga.
Conhecimento do Segundo Gênero: Noções comuns e idéias adequadas das propriedades das coisas. (ESPINOSA, 1989, vol. II p. 97).

diferentes interpretações sobre seu significado: “Conhecimento intuitivo e místico para alguns, conhecimento racional superior para outros, o conhecimento do terceiro tipo, intuitivo e racional ao mesmo tempo, é amor intelectual de Deus”. (BENSAID, 1999, p. 293). E conclui, mais adiante, no mesmo texto: “Lançado na história, o conhecimento do terceiro tipo torna-se teoria crítica e pensamento estratégico”. (BENSAID, 1999, p. 312).

No entanto, a conclusão dessa controvérsia parece desaparecer, ou assume menor importância quando se busca a origem filosófica das relações de causa e efeito. Dessa maneira, Chauí, ao considerar as diferenças entre causa eficiente e imanente de Espinosa e causa eficiente transitiva em Descartes, comenta que, em Espinosa, não há solução de continuidade entre causa e efeito:

A eficiente transitiva pressupõe não só a separação entre causa e efeito e a dessemelhança entre ambos, como ainda o caráter instantâneo da causa (como tão bem lembrava Descartes a Arnauld, uma coisa recebe o nome de causa eficiente no ato de causar efeito). A eficiente imanente, ao contrário, afirma que a causa e o efeito não se separam e que o segundo é a própria causa modificada ou, para mantermos a precisão conceitual de Espinosa, ela a exprime e ela o envolve. (CHAUI, 1999, 874).

A discussão dos modos de percepção, ou, mais precisamente, o instrumental heurístico em Espinosa, remete necessariamente a sua filosofia, não refletindo, dessa maneira, a opção cartesiana de privilegiar o método em detrimento e, muitas vezes, em prejuízo da filosofia desse autor. Assim, em Espinosa, causa e efeitos são remetidos ao Deus espinosano igualado à condição de Natureza, como explica Chauí:

Distinguindo Natureza Naturante e Natureza Naturada como causa e efeito, Espinosa pode, todavia, afirmar Deus ou Natureza, porque essa expressão pressupõe que a causa não seja transitiva nem simplesmente emanativa, mas imanente ao efeito, embora diferente dele, pois ela é causa, e ele, efeito. (CHAUI, 1999, p. 70).

O retorno constante aos princípios filosóficos mais importantes em Espinosa possibilita levantar questões epistemológicas, que articulam o referencial teórico-filosófico e suas potencialidades com o instrumental teórico-metodológico para a produção de conhecimento. Nesse sentido, preciso construir um entendimento adequado e esclarecer possíveis significados da expressão espinosana “causa imanente ao efeito”, bem como os tipos de relação entre as partes e o todo.

A causa imanente ao efeito significa que a Natureza Naturante, como causa de si, se expressa no efeito, envolve o efeito, está embutido no efeito. O efeito carrega consigo a causa, no tempo indeterminado da duração espinosana, de forma semelhante como ocorre com a semente que germina no cio da terra, brota e produz novos frutos. Não há qualquer possibilidade de separar causa e efeito, pois a causa está imanente no efeito e, como a causa não é cessante, ela se incorpora como fluxo vital permanente. Independente do tipo de relação entre causa e efeito, a Natureza Naturada ou o mundo das coisas carrega um sentido intrínseco, não imediatamente disponível ao olhar desarmado. Entretanto, o uso apropriado de alguma “lente” pode ser capaz de capturar o referido sentido, como sugere Chauí:

Portanto, assim, falar na reflexividade estrutural da realidade, decorrência ontológica e lógica da definição da causa em si e da demonstração do absolutamente infinito como causa eficiente imanente de todas as coisas. Reflexividade apreendida em seu sentido óptico e, por conseguinte, compreendendo que a mesma luz, produzindo seus raios luminosos determinados, neles se propaga sem deformação, e aqueles que a refletem por isso mesmo a iluminam. (CHAUI, 1999, p. 65).

A metáfora da luz e das lentes é muito cara para Espinosa, pois ele foi fabricante de lentes. Não é por acaso que Chauí se refere ao sentido óptico. “Olhar” a Natureza Naturada, no sentido óptico espinosano, não é um olhar do senso comum, um olhar desarmado. No caso, significa um olhar instrumentalizado, a possibilidade de capturar a “nervura do real”, a imanência da Natureza Naturante na Natureza

Naturada, o sentido e a conexão existente entre todas as coisas e as relações e conexões com o mundo das idéias, como Espinosa apresenta na Proposição I, Parte V da Ética:

Como os pensamentos e as idéias das coisas se ordenam e encadeiam na alma, exatamente da mesma maneira, as afecções do corpo, ou seja, as imagens das coisas, se ordenam e encadeiam no corpo. (ESPINOSA, 1989, Parte II, p. 251).

Se há um ordenamento, um encadeamento, esse processo pode ter sua lógica desvendada, como sugere Chauí: “A comunicação entre as idéias e destas com as coisas e suas ações determina a inteligibilidade dos fenômenos e permite conhecer como e por que são produzidas suas imagens na experiência”.(CHAUI, 1999, p. 624).

Com o entendimento bem estabelecido de que há uma conexão e um ordenamento entre as idéias e coisas, e que os modos de percepção são bases inequívocas de uma epistemologia espinosana, devemos nos inquirir sobre a maneira como esse modelo teórico pode ser operacionalizado, servindo de instrumento heurístico para o tensionamento teórico-metodológico-empírico a ser desenvolvido no Olho Epistêmico.

4. O OLHO EPISTÊMICO



INTRODUÇÃO

O quadro que abre este capítulo foi encomendado ao artista plástico Rodrigo Uriart, que escreveu a seguinte dedicatória na parte de trás do quadro: “Para o Spinozano amigo Odalci, do Xamânico amigo Rodrigo”. Denominado “Glóbulo Vermelho em uma Capilaridade”, esse quadro expressa minha intencionalidade de trabalhar a idéia do olho como mediador epistemológico. Pelas lentes desse olho, pretendo construir diferentes perspectivas do olhar, dando potência para a luz que penetra no objeto, produzindo duas rupturas. A primeira ruptura: O Olho de Fora aproveita a luz para ver melhor o foco na parte, engendrar uma hiper-transparência do tecido orgânico e faz um esquadrinhamento de todos os dados com diferenças de grau. A segunda ruptura: O Olho Imanente mergulha iluminando o objeto, e essa luz, além de iluminar o objeto, se incorpora nele como luz e produz uma idéia verdadeira do corpo, do objeto. Portanto, a segunda ruptura por incorporar a primeira, articula um processo de produção de conhecimento com qualidade heurística potencializada, como pretendo demonstrar neste capítulo.

Depois de configurar o cenário médico da Medicina Fragmentária e da Medicina Generalista, e de polir lentes com a teoria espinosana, é chegada a hora de explicitar o instrumental metodológico que possibilitará a ligação e as diferentes tessituras entre o teórico e o empírico, pela mediação indispensável do olho epistêmico. Esse olho ajudará a conferir sentido organizacional aos elementos característicos já conhecidos dos dois cenários médicos e faz parte da construção de uma estruturação lógica utilizada na coleta, organização e análise dos materiais empíricos. Portanto, trata-se de um trabalho que, ao mesmo tempo, é elaboração e aplicação de um método.

4. 1 VISUALIZANDO OS MATERIAIS

O olho epistêmico, como mencionei anteriormente, cumpre a função de construir as pontes entre a teoria e o material empírico, sem desconsiderar as funções de minha própria racionalidade. Inicialmente, vou apresentar o conjunto de materiais empíricos com os quais vou trabalhar neste capítulo, o que também inclui os procedimentos de coleta.

1. Realização de entrevistas abertas, orientadas por questões suscitadas na construção do objeto: Entrevistei médicos, professores e estudantes de medicina, atores e estudantes de arte dramática. Ao todo foram 20 entrevistas, sendo que alguns sujeitos foram entrevistados mais de uma vez. Todas as entrevistas foram gravadas com a anuência dos entrevistados e, posteriormente, transcritas. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Informado I (**Anexo III**). Alguns entrevistados, por solicitação minha no final da entrevista, acrescentaram ao Termo de Consentimento Informado uma autorização especial para eu poder citar as declarações deles com indicação de autoria.

2. Coleta de opiniões a partir de correspondência enviada a integrantes de uma lista de discussão eletrônica da Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade: O critério de coleta também foi orientado pelas mesmas questões utilizadas nas entrevistas. O período de coleta foi de 01/01/2004 a 31/07/2005. Selecionei opiniões de 58 membros da lista mencionada, para os quais enviei uma carta, em e-mail pessoal, perguntando-lhes se estavam de acordo de eu fazer uso do referido material para a minha tese. (Ver **Anexo V**). Os que estivessem de acordo deveriam mandar seu endereço postal. Obtive resposta positiva de 43 membros da lista. Para estes, enviei nova carta com o Termo de Consentimento Informado para ser assinado. Recebi de volta 27 cartas com o Termo de Consentimento Informado II

(Anexo IV), devidamente assinado. Assim, descartei o material dos 31 membros da lista dos quais não obtive o consentimento.

3. Coleta de subsídios do Caderno de Observações, organizado por ordem de datas, do Projeto de Extensão em Habilidades de Comunicação intitulado: ENCENANDO A CONSULTA: RECONSTRUINDO A ARTE DE CURAR NO PALCO. (PUSTAI et al, 2002).

4. Seleção de registros do meu Caderno de Campo, onde constam observações feitas, ao longo da minha vida profissional como médico, sobre as experiências de implantação de projetos de saúde nos municípios de Tenente Portela, Rodeio Bonito e Ajuricaba, bem como minhas experiências de Professor da FAMED/UFRGS nas seguintes disciplinas: Sócio-Antropologia da Saúde; Métodos de Abordagem em Saúde Comunitária; Estágio de Medicina Comunitária; Saúde e Sociedade; Internato de Medicina Social (conjunto escrito de avaliações subjetivas dando conta de uma nova prática na graduação em medicina) e Regente provisório da disciplina de Práticas em Atenção à Saúde. (Esta última disciplina faz parte da reforma curricular em andamento na Faculdade e tem, como objetivo principal, promover a integração de conteúdos de diferentes disciplinas). Outros registros ainda se referem a minha condição de professor como membro das comissões de Extensão, Graduação, Internato e colegiado do Departamento de Medicina Social. Ao todo tenho 195 registros, que contêm a descrição de fatos bem determinados, muitas vezes seguidos de comentários sobre seus possíveis significados.

5. Materiais Impressos - Diretrizes Curriculares; PROMED.

6. Imagens - fotos, pinturas, fotos de esculturas.

7. Fitas VHS com a gravação de entrevistas de médicos com pacientes; de estudantes de medicina com atores interpretando o papel de pacientes.

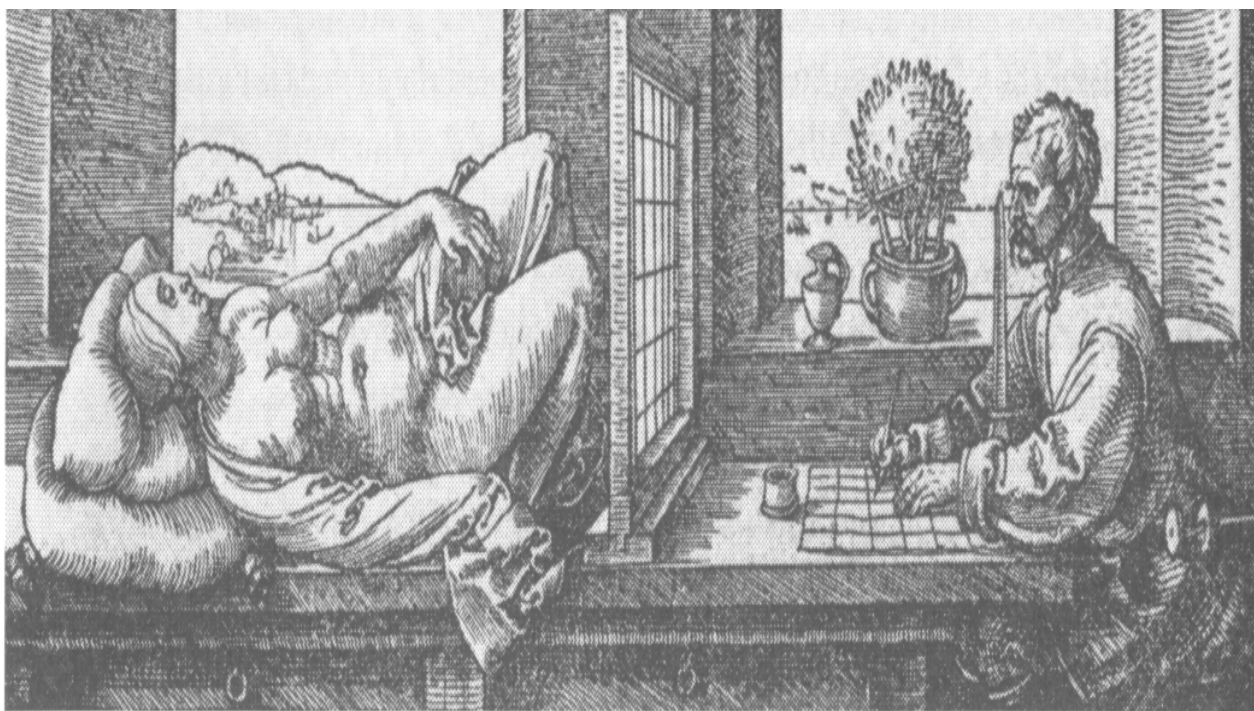
O conjunto dos materiais coletados foi submetido a algumas intervenções. Vou citar as mais importantes: O “bolo” formado por todos os materiais foi aberto como se abre uma massa. Isso representou um texto aberto, espalhado, espraído. Tratava-se de um trabalho braçal gigantesco. Todas as grandes questões foram visualizadas, tendências demarcadas, delineadas, definidas. Mesmo assim, dessa grande quantidade de materiais (de todo o texto aberto), apenas pequenas partes qualitativamente significativas deverão ser absorvidas ou mencionadas no texto da tese.

Um texto aberto, tensionado dessa maneira, produz uma pressão de inteligibilidade teórico-empírica, pois todas as coisas se permitem ver, inclusive seus elos e ligações. Entretanto, os dados esquadrihados sugerem significados provenientes da aparência dos fenômenos; já o olho epistêmico produz novas tensões heurísticas, onde meu olho, como conjugação do olho de dentro com o de fora, engendrando o olho imanente pode conectar as idéias e as coisas na busca da essência dos fenômenos.

O olho epistêmico é, ao mesmo tempo, o instrumento de ver e o conteúdo, que consegue captar como percepto⁷². Não se trata mais de qualquer conteúdo, mas de determinados perceptos conceituais. Esses perceptos conceituais têm o potencial de produzir uma coisa diferente, algo novo, que não existe nem no dado em si, nem na teoria, mas pode ser a constituição amalgamada de uma possível descoberta. Propiciar as condições para conectar as coisas entre si e as idéias, na busca de novos conhecimentos, passa a ser o próximo desafio.

⁷² Segundo Rubem Alves, “O ato de ver não é uma coisa natural. Precisa ser aprendido”. Alves, Rubem. A Complicada Arte de ver. Folha de São Paulo, Caderno Sinapse, 26/10/2004. Assim, o olho epistêmico também funciona como um processo em formação continuada.

4. 2. OCLUSUS SPECULUM⁷³



Xilogravura de Albrecht Dürer (Draughtsman Drawing a Recumbent Woman⁷⁴
www.abcgallery.com/d/durer/durer7.html)

INTRODUÇÃO

Esse sub-capítulo começa com a Xilogravura de Dürer, que sintetiza a idéia de um olho que está fora do quadro. Além de ser um olho de fora, ele reconstrói a realidade colocando cada pedaço no seu devido lugar, compondo um quadro com uma ordem solipsista, indiciária e taxonômica. É o *Oculus Speculum* escrutinando cada parte, como se as partes fossem peças de um conjunto. As peças podem ser

⁷³ O olho especular.

⁷⁴ Desenhista pintando uma mulher reclinada.

separadas, analisadas como partes. Na medicina, essas partes se tornam objetos próprios e autônomos no Olho no Foco.

Estou falando do olho do médico que foi treinado, educado para ver o paciente com uma visão especular, conicualar. O olho especular se mostra, em parte, no seguinte exemplo, relatado por um médico e registrado no meu Caderno de Campo:

Numa disciplina de início de curso chamada “Acompanhamento da Família” (FAMED/UFRGS), cada grupo de alunos recebia um tutor. A atividade prática da disciplina era acompanhar algumas famílias da periferia de Porto Alegre. O que eles identificavam como problema era levado para discussão com o tutor. Este se mostrava muito interessado em ajudar o grupo, mas tinha um problema. O professor, especialista em otorrino, tinha uma forte tendência de querer explicar os problemas a partir de uma racionalidade própria da sua especialidade, na qual era considerado um grande “expert”. Por conseguinte, sintomas do paciente, condições sanitárias da casa, tudo era enquadrado e interpretado como um corolário de manifestações presentes em diferentes patologias pertencentes à especialidade. Segundo o meu informante, o otorrino vê o mundo e interpreta o mundo a partir do otoscópio e laringoscópio. (Observação de nº. 100 do Caderno de Campo).

Ao mostrar uma de suas facetas, o olho especular se abre, permitindo que se penetre em suas estruturas mais recônditas. A captura de significados vai ser costurada na medida em que o olho especular vai sendo desdobrado em muitos olhos.

4. 2. 1. O OLHO SOLIPSISTA

Numa reunião da CLIS 4 (Conselho Local Interinstitucional de Saúde), foi discutida a possibilidade de a Faculdade de Medicina da UFRGS fazer estágio numa unidade de saúde pertencente à região da CLIS 4, para atender necessidades da disciplina chamada Internato Optativo de Medicina Comunitária. Na discussão que

se seguiu à apresentação do plano da disciplina para a CLIS, uma moradora, representando os usuários, fez o seguinte comentário:

Espero que não aconteça como foi com os alunos que foram expulsos daqui (alunos da disciplina de Acompanhamento de Família). Aqueles alunos entravam em nossas casas, olhavam tudo, faziam muitas perguntas. As pessoas não faziam qualquer idéia do que eles queriam, para que servia tudo aquilo. A gente ficava alheia a tudo; apenas nos observavam; não respondiam perguntas que a gente fazia. Na verdade as pessoas se sentiam como ratinhos brancos de laboratório. (Observação de nº. 101 do Caderno de Campo).

Admitindo que o sentimento da representante dos usuários tenha algum fundo de verdade, é pertinente perguntar: Que olho é esse que transforma as pessoas em objeto passivo? Para encaminhar e descobrir um sentido nessa indagação, é preciso examinar a estrutura desse tipo de acontecimento.

Qual é o papel do aluno estagiário nesse processo? Será que ele faz essas indagações nas casas das famílias por conta própria? Certamente ele não está fazendo buscas aleatórias, mas está procurando algo por orientação curricular. Existe um conteúdo a ser preenchido, a partir do qual interessa somente aquilo que faz sentido para a disciplina. Os recortes que o aluno faz da realidade das famílias são para atender a uma necessidade de encher uma coleção de espaços numa grade curricular. Existe, portanto, uma racionalidade construída, um modelo abstrato com suas necessidades próprias e intrínsecas e que, geralmente, prescindem de respostas ou entendimentos para a angústia e o sofrimento humano singular. Nesse modelo, o olho está fora das pessoas, tanto dos pacientes quanto dos alunos. Dessa maneira, o sentimento de ratinho branco deixa de ser exclusividade dos pacientes.

Um dos alunos da graduação de medicina que entrevistei demonstrou ter consciência de que há pressão institucional para um determinado enquadramento. “A universidade enquadra o aluno dentro de seu projeto”.(Entrevista nº. 14 com um estudante de medicina). O enquadramento ao qual o aluno se refere é um currículo

de coleção no qual as disciplinas são justapostas, cada uma com seus conteúdos específicos, como fica evidente na fala de um médico:

A gente tinha um volume enorme de informação, e ela não tinha muita correlação entre si, não fazia muito sentido; então tu acaba tendo um processo didático muito complicado, ditado de fora para dentro com uma enorme quantidade de informações, que parecem coisas pontuais. Ao longo do tempo tu vai montando um quebra-cabeça. (Entrevista nº 20 com um médico).

Para muitos alunos, a pedagogia “do enquadramento” produz muita angústia e sofrimento, relegando o papel do aluno a um gerenciador e classificador dos conteúdos ministrados nas disciplinas, como pode ser constatado pelo depoimento de um aluno, nesta observação extraída do meu Caderno de Campo:

Sentia-me inundado, sufocado de tanta informação. Era como se fossem centenas de livros, artigos, conteúdos de aulas caindo sobre a minha cabeça e tendo que pegar cada informação e enquadrá-la no escaninho das especialidades. (Observação de nº. 111 do Caderno de Campo).

Nesse depoimento, pode ser identificada uma pequena diferença com a concepção do ensino bancário denunciada por Paulo Freire (FREIRE, 1970): o aluno de medicina, além dos depósitos de conhecimentos, precisa organizar escaninhos específicos para cada especialidade que ele estuda na graduação. Portanto, a “operação bancária” não se resume a um depósito genérico. O destino da informação precisa ser direcionado para a caixinha certa.

Ao trazer de volta uma frase de uma entrevista – “um processo didático ditado de fora para dentro” – e ao fazer valer a ênfase pela repetição, vou recolocar uma discussão epistemológica que penso ser relevante: Onde está o foco da construção do conhecimento, e qual a sua fundamentação, o seu alicerce? Essas questões remetem à discussão dos embasamentos teórico-filosóficos e possíveis significados do olho solipsista.

O olho solipsista é o olho de fora; é o olho cartesiano do “Cogito ergo sum”⁷⁵. É o que confere à racionalidade humana uma capacidade de construir conhecimento, estabelecer critérios de verdade dentro de um processo de completa abstração e afastamento da realidade. A mente humana fica separada da corporeidade e adquire autonomia em relação ao tempo e espaço, engendrando um “eu” de razão soberana, sendo, conseqüentemente, uma racionalidade solipsista. É evidente que estou falando do bem conhecido racionalismo cartesiano, um racionalismo, ao contrário do aplicado, como defende Bachelard (BACHELARD, 1968); um racionalismo que ignora solenemente as contradições da realidade social. Sobre a origem do olho solipsista, considero que podemos encontrar pistas fundamentais em Descartes quando ele afirma:

Notando que esta verdade – penso logo existo – era tão firme e tão certa que todas as extravagantes suposições dos cépticos não eram capazes de abalar, julguei que poderia aceitá-la, sem escrúpulo, como primeiro principio da filosofia que procurava. (Descartes, 1969, p. 107 e 108).

Elevado à condição de primeiro princípio, o cogito cartesiano solipsista se desdobra em duas conseqüências fundamentais: A primeira é a que cria uma diferença de natureza entre mente e corpo. “Por haver reconhecido em mim, claramente, que a natureza inteligente é distinta da corpórea”. (DESCARTES, 1969, p. 113). A segunda conseqüência eleva a razão humana ao *status* de arena privilegiada da definição de verdade.

A razão ... nos diz que todas as nossas idéias ou noções devem ter algum fundamento de verdade, porque não seria possível que Deus, que é absolutamente perfeito e verdadeiro, os tivesse posto em nós sem isso. (DESCARTES, 1969, p. 120).

⁷⁵ Penso logo existo.

Essas suposições cartesianas também são evidenciadas por comentadores críticos da obra de Descartes:

Eis o sentido do solipsismo cartesiano, o isolamento do 'eu', em relação a tudo mais: ao mundo exterior e ao próprio corpo, que também é um elemento externo. O solipsismo é resultado da evidência do cogito, uma certeza tão forte que exige critérios tais que não aplicáveis a nada mais. (MARCONDES, 1997, p. 169).

O solipsismo cartesiano já era visto com muitas reservas por Espinosa. Além de apontar equívocos teóricos em relação ao poder racional da mente, o referido autor também criticou a possibilidade de as pessoas poderem ter um controle completo sobre os juízos que podem ter sobre as paixões⁷⁶.

Então, se nós determinássemos a nossa vontade por juízos certos e firmes, segundo os quais queremos dirigir as ações da nossa vida, e se nós ligássemos os movimentos das paixões que queremos ter a estes juízos, adquiriríamos um império absoluto sobre as nossas paixões. (ESPINOSA, vol. II. 1989 p. 214).

Como foi demonstrado, há fortes indícios na obra de Descartes de que sua filosofia poderia engendrar um tipo de racionalismo semelhante ao racionalismo presente no olho solipsista.

A seguir vou descrever como o olho solipsista pode ser identificado na prática médica, comentando, para isso, a primeira parte de uma consulta médica realizada e gravada em vídeo no Canadá (Breast Cancer Video Script – **Anexo VII**). O médico e a paciente que aparecem na consulta gravada concordaram que esse material fosse utilizado para treinamento de habilidades de comunicação em geral e,

⁷⁶ A expressão paixões, neste contexto deve ser entendida conforme definição feita por Descartes no art. 127 da primeira parte do livro, As paixões da Alma. (DESCARTES, 1999, p. 122).

em especial, no projeto Ferramentas de Comunicação⁷⁷, desenvolvido pelo Sistema de Saúde Canadense no Programa Especial de Prevenção do Câncer de Mama⁷⁸.

Resumo da primeira parte do vídeo: O médico atende uma paciente com a queixa de ter percebido um pequeno nódulo de mama. O médico faz uma anamnese dirigida à queixa principal da paciente. Ele pergunta se dói, se tem secreção no mamilo, se tem calor local, edema. A paciente nega, e o médico pergunta se têm algumas preocupações especiais com o problema, ao que ela responde que não. Então o médico examina a paciente, diz que se trata de um nódulo bastante grande e propõe que se deve fazer uma biópsia. A paciente diz que não quer fazer a biópsia e faz menção de ir embora, o que deixa o médico um tanto desorientado. Em síntese, foi isso que aconteceu na primeira parte da consulta.

Para compreender a consulta em maior profundidade, é necessário descrever o comportamento e as comunicações não verbais da paciente e do médico. A paciente diz que é um pequeno nódulo de mama e acrescenta que acha tratar-se de uma coisa sem maior importância. Diminuir a importância do nódulo poderia significar que o foco, no qual ela estaria interessada, seria outro. Às vezes, minimizar uma queixa pode ser um indício de negação. De qualquer maneira, a paciente poderia estar sinalizando para uma agenda oculta. Quando o médico diz a ela tratar-se realmente de um nódulo bastante grande, ela volta a dizer que era pequeno e começa a girar a cabeça em sinal de não concordância. Mais uma vez o médico nada percebeu.

O primeiro gesto significativo da paciente, ao começar a fala, foi levar a mão ao coração. Ela coloca a mão espalmada sobre o peito, na região do precórdio⁷⁹.

⁷⁷ "Talking Tools".

⁷⁸ "Canadian Breast Cancer Initiative".

Mais uma vez, ela pode estar indicando uma agenda oculta. O médico nada percebe, assim como não deve ter-lhe chamado atenção o olhar angustiado da paciente quando ela colocou a mão sobre o precórdio e tamborilava nervosamente os dedos sobre o peito. Levar a mão ao coração pode ser um pedido para o médico se interessar pelos seus sentimentos. Pode indicar angústia por não encontrar, no médico, a acolhida para suas preocupações. Para que o médico veja isso ou tenha essa percepção, é preciso que tenha uma atenção especial, certamente não presente no olho solipsista.

Outro aspecto que chama atenção é o fato de ela não dizer nada quando o médico lhe pergunta se tem alguma outra queixa. Considero que a pergunta foi dirigida à paciente de forma inadequada. O sentido da pergunta e da resposta remete à questão do relacionamento entre dois diferentes modelos de comunicação. A pergunta do médico poderia ser pensada como uma chance oferecida à paciente para ela falar dos seus sentimentos em relação ao problema. No entanto, essa abertura na comunicação foi uma chance oferecida numa seqüência de abordagem técnica, com a mesma entonação de voz e o mesmo olhar solipsista, o que torna a pergunta protocolar. Não parece que o médico acredita que possa ter alguma coisa além dos dados objetiváveis. Os dados subjetivos são sobras ou restos que não enquadram no modelo. Ele pergunta por perguntar. Não há qualquer conexão entre a pergunta e o conteúdo da resposta. É possível que o médico tenha essas preocupações com alguma agenda oculta, mas alguma razão (talvez pressa) o leva a dar um caráter protocolar à pergunta.

Quando o médico utiliza um modelo racionalizado, objetivado, ao fazer uma pergunta, pode gerar uma resposta que não se encaixa no seu raciocínio.

⁷⁹ Projeção do coração.

Certamente os pacientes percebem isso. O significado de uma pergunta ou de determinado termo tem conotações diferentes, dependendo do modelo de raciocínio em que eles operam. Um exemplo dessa situação é apresentado por Camargo, ao discutir o sentido reducionista da palavra “vida” quando utilizado na Medicina Ocidental Contemporânea. “A utilização da palavra vida aqui não tem qualquer conotação ontológica, podendo ser traduzida por ‘modelo de funcionamento do organismo’ da forma mais mecânica possível”. (CAMARGO, 1995). Quando o médico opera mais pelo modelo do olho solipsista, os termos e as perguntas são mediados pelo raciocínio específico e próprio do modelo solipsista.

Há um gesto da paciente que muda o rumo da consulta: quando ela leva a mão à mesa fazendo menção de se levantar, o médico aproveita para estabelecer um novo tipo de relação. É interessante observar que fica a dúvida se a paciente queria oferecer uma nova oportunidade para o médico mudar o rumo da consulta ou se ela realmente estava somente colocando a mão na mesa para se apoiar, para poder se levantar e ir embora.

No transcorrer da consulta, o médico cumprimenta a paciente com simpatia, sentando-se em sua frente, cruzando as pernas e entrelaçando os dedos ao fechar as mãos. Ele faz a anamnese clínica, orientado por um protocolo estritamente técnico. E, do ponto de vista biologicista, a sua conduta é correta e ordinária, pois enfoca o problema específico. Ele tem em mente um nódulo de mama com seus significados em termos patológicos. Ele busca os elementos para compor o corolário clínico de um possível diagnóstico de câncer de mama e não presta atenção para outras linguagens presentes na comunicação. Seu interesse é o foco, é o nódulo de mama. Ele quer buscar, na paciente, os dados que se encaixem no modelo teórico que se encaixem no seu raciocínio. O centro do entendimento, o foco compreensivo

está na cabeça do médico, no seu raciocínio clínico. Ele apenas se preocupa em pinçar dados da realidade, baseado no modelo taxonômico que ele internalizou na sua formação – quando ele preencheu a caixinha identificada como “câncer de mama”. A paciente, como um ser humano singular que se encontra na frente do médico, não está importando muito. O importante é que ela traga uma queixa que pode ser verificada, esquadrinhada tecnicamente e classificada dentro do modelo estabelecido a priori. O procedimento do médico está direcionado para transformar uma queixa subjetiva em algo objetivo, palpável, mensurável e com enquadramento técnico perfeito.

Uma das coisas que me chamaram muita atenção no vídeo é o olhar angustiado da paciente. Parece que ela procura pelos olhos do médico e não consegue acolhimento. Esse olhar está na busca pela humanidade do interlocutor. No entanto, o olho do médico parece não se interessar por nada além daquilo que possa ser objetivamente verificado. O olho dele está absorto, distante, mais preocupado com os dados que eventualmente possam ainda faltar no seu raciocínio. Tudo o que possa prejudicar esse procedimento, ou seja, tudo que possa contaminar os dados objetivos, o olho dele quer evitar. Ele não precisa disso, pois o critério de verdade está na sua racionalidade abstrata. Outro procedimento, como uma manifestação subjetiva da paciente, poderia borrar os dados cristalinos, aqueles que podem ser extraídos da realidade como dados com encaixe perfeito. Os sentimentos, as preocupações dos pacientes podem ser dispensados, pois tudo isso prejudica o raciocínio mecânico do quebra-cabeça. Por isso, o olho do médico não acolhe o olho da paciente, pois seu raciocínio rejeita o conteúdo do olho carregado de angústia, de dados ‘sujos’, difíceis de serem sistematizados e objetivados. Essa rotina somente é quebrada quando ocorre um impasse mais sério na relação

médico-paciente. Foi o que aconteceu, na consulta em pauta, quando a paciente ameaçou ir embora; só então, o médico ficou preocupado com a possibilidade de perder contato com uma paciente com um possível diagnóstico de câncer de mama.

4. 2. 2. O OLHO FRAGMENTÁRIO

“El especialista es un cíclope que ve através de una lupa o microscopio de su ojo único, con una visión deformada por su especialización” (GÉRVAS, 2005).

Também o olho fragmentário pode ser compreendido na perspectiva epistemológica cartesiana. Na relação sujeito-objeto, o olho solipsista está para o sujeito assim como o olho fragmentário está para o objeto, uma consequência do segundo preceito da lógica cartesiana, o da divisão, que já foi discutido no capítulo “Montando os Cenários Médicos”, que trata da construção do objeto. Portanto, esses dois olhos têm a mesma matriz filosófica; são apenas faces diferentes de uma mesma moeda.

No quadro de Dürer, reproduzido anteriormente, a figura humana vista pelo quadriculado representa o objeto. Cada quadrícula que o olho de fora vê é uma parte que, na perspectiva da Medicina Fragmentária, ganha o status de local próprio, quase autônomo. Como consequência mais imediata, cria o olho do especialista, que, mediado por lentes microscópicas em busca dos segredos mais recônditos do fragmento, passa a vê-lo com grande conhecimento e muita profundidade. Metaforicamente falando, o médico ou o estudante de medicina que olha pelo quadro de Dürer e escolhe, como área de interesse prioritário, uma parte do corpo humano, passa por um treinamento que ajuda a engendrar o olho fragmentário. Este

não é formado por geração espontânea. Trata-se de um processo altamente complexo condicionado por múltiplos determinantes. Entretanto, no meu trabalho de campo, pude identificar uma série de características importantes do olho fragmentário. Sem ter a pretensão de completar o quadro que vise a uma compreensão completa, vou apresentar, a seguir, parte dessa caracterização, onde o olho fragmentário passa a ser um instrumento heurístico categorial mergulhado no material empírico.

4. 2. 2. 1 A EXCLUSÃO DA NATUREZA HUMANA NA FORMAÇÃO E NO TRABALHO MÉDICO

Na medida em que a formação médica e o trabalho médico são direcionados para uma parte, isto é, para um órgão ou um sistema orgânico, o processo de intervenção fragmentária vai adquirindo um caráter cada vez mais técnico e biologicista. Isso fica claro na fala de um médico que entrevistei:

O conhecimento técnico racional puro e um grau de fragmentação não permitem ver nem que relação ele tem com a vida, com o humano; porque, a princípio, você está lidando com conhecimentos que foram extraídos de processos vitais; e, juntando os pedaços, deveria ter um ser humano. (Entrevista Nº. 1 com um médico).

Juntamente com esse médico, podemos perguntar: Por que há a necessidade de haver conexão com a vida, com o humano? Para quem é especialista de uma parte e fez toda a sua formação com o objetivo de aprofundar todo o conhecimento numa área, essa pergunta talvez não faça muito sentido, pois essa é a ordem natural das coisas para quem atua no olho fragmentário, no limite da fuga tecnológica. Entretanto, a mesma pergunta adquire um sentido diferente quando é feita para um médico especialista em Medicina de Família e Comunidade:

Não se pode simplesmente pensar um homem, ou, pior ainda, um órgão, e esquecer que esse órgão pertence a um sistema, que pertence a um corpo, que se relaciona com o meio e com a sociedade, e se dar por satisfeito em curar apenas seus pulmões, por exemplo, e esquecer que esses pulmões são inseparáveis do ser e da sociedade em que ele vive. (Lista de Discussão da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, postada em 21/03/2005).

Essa fala traduz não só uma crítica aos médicos que não procuram as conexões entre um órgão do corpo e possíveis patologias com a vida de um determinado paciente, mas também uma inquietação de querer descobrir os elos que ligam uma doença – como a dos pulmões – ao ser humano como um todo, incluindo sua inserção na sociedade. Aqui já fica bem evidente que devem existir lógicas diferenciadas, dependendo de como o médico se posiciona frente a esse tipo de situação.

Uma outra questão relacionada ao processo de fragmentação diz respeito à própria estrutura do ambiente hospitalar, à forma como se recebe o paciente. E, de alguma maneira, como a própria instituição é organizada para se voltar para si mesma. Um exemplo disso poderia ser o planejamento e a construção da Unidade Básica do Hospital das Clínicas de Porto Alegre. Trata-se de um anexo que deveria ser uma unidade básica voltada para a comunidade. No entanto, na sua configuração arquitetônica, as salas de atendimento têm as janelas no teto; portanto, não se consegue olhar para fora. As salas de atendimento são voltadas para dentro, ou seja, tudo é voltado para dentro; repito, tudo é voltado para dentro da instituição. O paciente vem da comunidade, mas, dentro da unidade, existe toda uma arquitetura para tornar o olhar “um olhar de dentro”, um olhar praticamente institucional, um olhar que, na sua arquitetura, na estrutura física do prédio, já indica, de alguma maneira, que o paciente entra e deixa sua vida do lado de fora.

Nas entrevistas que fiz, encontrei referências em que alunos em processo de formação, ou médicos já formados em nossa instituição ou mesmo em outras instituições, relatam muito claramente que o paciente é extraído da realidade. Sua realidade social fica fora do hospital. Ele não traz nada consigo. No ambulatório especializado, o que interessa é especificamente a queixa do paciente, o problema que ele relata. O olho da especialidade vai se interessar especificamente por aquilo que esse olho consegue ver. Digamos assim, se é na especialidade de Hepatologia, o interesse é especificamente o fígado. Todas as outras coisas passam a não interessar. O paciente deixa do lado de fora toda a sua vida, suas relações, sua família, a comunidade onde mora, sua religião, sua cultura, seus valores; nada disso é considerado. Ou melhor: Tudo isso é completamente menosprezado. São as sobras, restos que não cabem no modelo.

Existe, inclusive, todo um procedimento para desvalorizar, para desmerecer, para não considerar. O aluno que está em processo de formação é orientado no sentido de realmente focar o seu interesse numa questão bem específica, aquela que está em foco no respectivo ambulatório especializado. E, o que chama mais atenção, é que esse olho fragmentário tem a capacidade de conseguir extrair somente o que é propriamente orgânico do corpo do paciente, aquilo que é a essência, o extrato mais fundamental da especialidade. O recorte não deve estar contaminado com informações ou mensagens que dificultem o enquadramento.

Exemplo dessa situação foi relatado por uma aluna. Ela atendeu um paciente que veio para uma revisão normal de um problema já conhecido. A aluna fez a anamnese e o exame físico do protocolo. Quando terminou, percebeu que o paciente tinha um olhar angustiado; então ela resolveu perguntar se ele tinha alguma outra preocupação. O paciente falou de suas angústias em relação à doença

e de outros problemas que estava enfrentando. Ao falar sobre seus problemas, ele acabou se emocionando e chorou. Em seguida, a aluna foi pedir orientação para o professor. Este escutou toda a história e, quando chegou à parte em que ela relatou que o paciente tinha chorado, interrompeu o relato do aluno e disse:

Não! Vamos encerrar a consulta. Chorar não é uma coisa que a gente sabe manejar muito bem. Volta lá, conversa um pouco com o paciente, mas encerra a consulta. Pede para ele voltar um outro dia e a gente vê o caso dele. (Entrevista nº. 10 com um estudante de medicina).

Ao se eleger, como missão primordial e como interesse legítimo, a atuação sobre um determinado foco, todo o mais parece não fazer muito sentido. Existe uma vocação preliminar que determina uma atuação no específico, num fragmento que está previamente determinado. A rotina normal indica o olho no foco, mesmo que isso signifique a perda da noção de outras implicações. O que se passa com o paciente, o que ele pensa e o que ele sente, pouco importa. Não há interesse em compreender o paciente em sentido mais abrangente. A missão legítima é tentar resolver um determinado problema. Existe um olho especializado, e um foco especializado. Quando os dois se encontram, o encaixe é perfeito. A inquietação somente surge quando se pergunta o que o paciente faz com tudo aquilo que não se encaixa no foco.

O olho no foco elimina o sofrimento, a subjetividade, desconsidera todo o contexto da vida do paciente. Elimina toda a condição de humanidade que cada paciente carrega inerente à sua condição de ser humano. Alguns médicos que se formaram dentro desse processo têm a percepção de uma pressão institucionalizada para formatar um determinado modelo de enquadramento, como ilustra a fala de um médico entrevistado:

Isso vai formatando todo o teu universo, que tem o objetivo de dessensibilizar, desumanizar, de distanciar, de congelar uma determinada

parte; parece que a gente vive um processo de congelamento. (Entrevista nº. 1 de um Médico).

Dissecar a parte retirá-la do contexto do ser humano como um todo; transformar o foco numa coisa que pode ser cristalizada, uma parte que pode ser manejada como se fosse um dado objetivo. O olho fragmentário leva a esse processo de desumanização por considerar legitimamente que o objeto é só uma parte do corpo de cada pessoa, parte que interessa para aquele momento; é a descontextualização do fígado, do coração, do rim. Olhar o pulmão significa só olhar o pulmão; é esquecer que esse pulmão faz parte de um paciente que tem uma vida; de alguém que fuma e que há uma indústria por traz desse fumante, que tem interesses econômicos. Para esse modelo de medicina, essas coisas só interessam na medida em que explicam a questão patológica. Não se busca discutir os determinantes sociais do processo saúde-doença.

Nessas condições, a inserção da formação médica e, posteriormente, de seu trabalho profissional só se dão numa sociedade em que o médico cumpre uma determinada função, onde seu trabalho não está exatamente centrado nas necessidades do paciente, mas, muito provavelmente, tem a ver com o modo de produção dessa sociedade, com a maneira como essa sociedade se organiza. Isso porque, ao escolher só um foco e descontextualizar completamente esse foco – por exemplo, o coração do paciente, o seu rim ou seu fígado – é retirado do médico toda a possibilidade de se tornar um sujeito crítico, com capacidade de compreender a sociedade num sentido mais amplo. Se ele fosse questionador, se fosse a fundo para identificar os determinantes sociais do processo saúde-doença, ele teria de questionar também a sociedade que produz esse tipo de doença. Mas, ao escolher o foco, ele está fazendo a opção de não mexer em todo esse processo. Pelo contrário,

ele se recusa; apenas cumpre a função de examinar uma situação bem delimitada; e, ao examinar dessa maneira descontextualizada, ele retira completamente a potência do trabalho médico no sentido de compreender, num primeiro plano e num sentido mais amplo, o paciente como ser humano e a sociedade com todas as suas contradições.

4. 2. 2. 2. O FOCO NA PARTE

O estudante de medicina, quando entra no Hospital Universitário, muito cedo percebe que há um modelo de treinamento clínico que privilegia o contato precoce com as especialidades e as sub-especialidades. O “currículo de coleção” vai justapondo um conjunto de disciplinas na área clínica, onde cada uma faz o papel de “foco na parte”. A soma final desses “focos nas partes” deveria constituir uma visão geral da medicina e do ser humano. Nesta seção, vou tratar da maneira como os alunos vivenciam esse processo.

Um aluno, ainda fora dos estágios clínicos, disse literalmente, em aula, que não quer ser especialista de joelho, afirmando que um médico especialista em joelho é somente um técnico, e não um médico. Na mesma aula, ocorreu uma discussão sobre esta questão: formar um médico com o foco no joelho. Resumi a discussão no meu Caderno de Campo nos seguintes termos:

Reduzir a condição de médico de pessoas para técnicos em partes, peças, órgãos, etc. Ser técnico, neste caso significa aplicar um conhecimento técnico a uma parte específica sem mediação de conhecimentos de humanidade. É a ausência desses conhecimentos e habilidades que implica a condição de ser um trabalho técnico. O conhecimento técnico é necessário e suficiente para caracterização do trabalho técnico strictu sensu. É o fato de ser strictu sensu que o diferencia do trabalho médico, onde deve ter a concorrência de conhecimentos técnicos e humanistas. (Observação de nº. 94 do Caderno de Campo).

É interessante observar que um aluno de terceiro semestre ainda mantém essa noção, essa visão crítica de que ele não quer ser médico de joelho, de que não quer ser médico de uma parte. Mas, quando ele entra na parte da formação clínica propriamente dita, essas noções começam a ficar diferentes. Nos estágios clínicos, os alunos começam a perceber que o processo os conduz a fazerem sua formação com o foco na parte. Nesses estágios, o aluno entra direto nos ambulatórios especializados e não demora a notar que ali há uma rotina estabelecida, que é clara no sentido de identificar o local da especialidade com o seu foco de interesse. Essa situação se reflete na entrevista de um aluno:

O foco era com aquela queixa, pedir aquele exame e voltar para marcar o que tinha que fazer; era isso e pronto. Mesmo até na gineco, tu não parava para ver quando é que foi o último cito-patológico; era só para ver aquela doença que ela tinha, e pronto; era resolver aquilo. (Entrevista nº. 10 com um estudante de medicina).

Há toda uma pressão para que os alunos se mantenham no foco e não desviem seu interesse para outras áreas, como relatou um aluno durante uma aula da disciplina de Saúde e Sociedade:

Quando me apresentei no estágio de urologia, estava com o estetoscópio pendurado no pescoço. O professor mandou tirar o estetoscópio e, em seguida, brincou dizendo que me enforcaria com o esteto, caso voltasse no dia seguinte com o estetoscópio no pescoço. (Observação de nº. 184 do Caderno de Campo).

Vários colegas do referido aluno comentaram, na seqüência, que esse tipo de observação é muito comum, apresentando outros exemplos semelhantes.

Na entrevista de um médico, pude constatar que, durante sua graduação, havia certos professores que tinham uma visão mais abrangente e humana do paciente. Mas, também estes eram obrigados a focar, dentro dos ambulatórios, aquilo que estava determinado para aquele local, supostamente organizado para atender os pacientes da maneira referida. Na mesma entrevista, ele disse:

Eu tinha um professor que tinha um olhar mais humano do paciente, mas, mesmo assim, não tinha essa visão integral. Nas outras, como cirurgia, e nos outros estágios como dermato, pneumo, a gente não conseguia ver o paciente inteiro; a gente sempre via o paciente por partes, e não me parecia que existia uma preocupação de eu poder estar olhando o paciente como um todo. (Entrevista nº. 13 com um médico).

Já um aluno cursando o “Internato em Medicina”⁸⁰ demonstra uma percepção de que atender somente uma parte do paciente é um problema que tem relação com toda a estrutura do sistema de saúde, sobretudo com o sistema dos ambulatórios especializados. É isso que aparece em seu depoimento:

No ambulatório de especialidades, tu não te preocupas se ele (o paciente) tem um problema de família, se ele tem algum outro problema que foge à especialidade; porque, se a gente precisa encaminhar ele para um outro lugar, primeiro ele terá que passar pelo posto de saúde. Então, na especialidade, tu queres ver um problema relacionado só àquela área. Se ele tem depressão, se ele tem um sopro cardíaco, se ele tem alguma outra coisa, não é da área dele, a gente não faz nada. (Entrevista nº. 7 com estudante de medicina).

Uma abordagem voltada para o foco não é considerado por alunos, necessariamente, um problema. O mesmo aluno entende que é possível criar um vínculo com os pacientes. “Mas eu acho que dá para criar um vínculo, pelo menos para tu lidar bem com aquela situação. Acho que dá para criar um vínculo”. (Entrevista nº. 7 com um estudante de medicina). Parece-me que o aluno está satisfeito em construir um vínculo com uma parte do paciente, com aquela situação que está com problemas. Ele está num local onde é legítimo compreender e resolver problemas específicos. Nesses locais, não existe mais a pretensão de ir além do foco. Resolvendo corretamente “aquela situação”, a missão está cumprida. O olho no foco não tem outra pretensão que fazer uma intervenção focal.

Um dos médicos entrevistados considera que há toda uma questão de valorização relacionada com o atendimento ao foco e faz uma caracterização desse

⁸⁰ Estágios finais do curso de medicina.

foco. “Ele é um foco fixo, em princípio, naquela parte, e não se pode mudar isso. O foco está ali parado, concreto, objetivo. Assim está definido e assim vai permanecer. O aluno que resiste a esse enquadramento, sofre porque traz, intuitivamente, uma visão mais abrangente”. (Entrevista nº. 17 com um médico). A fala desse médico denuncia um estranhamento. Para ele, não existe direcionamento para um determinado foco. Seu direcionamento é flexível, pois o mesmo paciente pode ter mais de um foco com problema – por isso ele diz que trabalha com lista de problemas – sendo que esses problemas podem ser de diferentes ordens (orgânico, psicológico, social).

O reconhecimento do trabalho do aluno se dá muito em função de quanto ele mergulha num determinado foco. Um estudante reforça essa posição. “Tenho uma abordagem muito enfocada no problema específico, o que faz com que eu esteja preocupada com isso, e não naqueles fatores que influenciam o processo saúde-doença”. (Entrevista nº. 11 com um estudante de medicina).

Outro aluno, já no internato, nos dá conta de como é o processo pedagógico de treinamento do aluno na perspectiva de se interessar pelo foco; ele mesmo já diz que há toda uma orientação no sentido de buscar maior aprofundamento possível num foco. “Não seguir aquele objetivo é uma coisa que ‘te tira da reta’ que tu estás seguindo”. (Entrevista nº. 10 com um estudante de medicina). Ele estava fazendo um comentário sobre a questão de buscar a discussão de outros problemas que pudessem estar relacionados com o problema principal do paciente. Ele mesmo diz que qualquer tentativa de ampliar o foco tira a pessoa daquele raciocínio retilíneo, e acrescenta: “É difícil a gente perder aquela linha que a gente estava tendo: vai, atende, faz a queixa, resolve, e manda embora”. (Entrevista nº. 10 com um

estudante de medicina). Parece muito simples: acertou o foco, resolveu a parte que estava com problema, e tudo fica resolvido.

Dentro desse contexto, surge o superespecialista, que é considerado alguém que sabe muito, que tem todos os conhecimentos sobre uma determinada doença dentro de uma determinada especialidade. Como se trata de um grande especialista, ele se torna conhecido por sua sabedoria específica, mas tem uma compreensão muito limitada sobre outras coisas, o que se confirma na entrevista de um médico:

Dentro da academia, eles dizem: olha aquele lá é o 'Bam Bam Bam'. Tu vai sentar com a criatura e vai ter uma conversa; tu vai ver que, às vezes, eles são tão pobres de compreender a vida, compreender a realidade. Eu acabo tendo até dó dessas figuras, de fazer algumas avaliações muito restritas. Como é que não consegue ver aquilo que está ali. (Entrevista nº. 13 de um médico).

O foco na parte é um olho médico especializado para ver partes do ser humano. O olho epistêmico do foco na parte não tem a pretensão de compreender o paciente como um todo. É sua vocação compreender em profundidade o foco, a parte, a fuga tecnológica para frente. Não há reconstrução holonômica entre as partes e o todo, mesmo que esse todo seja o ser humano. A medicina que pratica somente o olho no foco já abandonou a pretensão de ser uma medicina humanista.

4. 2. 2. 3. A CONEXÃO ENTRE AS PARTES DESAPARECE

A fragmentação do ser humano por partes, órgãos, tecidos, sistemas orgânicos, doenças, também engendra uma desconexão entre essas partes. No processo de formação médica, isso já aparece no início da graduação, como fica claro na fala de um aluno:

Nos primeiros semestres, as aulas são de pura decoreba: é músculo tal, que tem tais inserções, inervações, etc. É um conjunto enorme de informações que não articula nada com nada; 'eles' não dizem para que

servem; eles simplesmente exigem que o aluno saiba tudo nos mínimos detalhes, sem noção de utilidade. (Observação de nº. 98 do Caderno de Campo).

Os conteúdos são ministrados como se fossem independentes uns dos outros. São preenchidos os escaninhos do currículo de coleção, e fica por conta de cada aluno tentar estabelecer as conexões necessárias para ter uma noção do todo.

É isso que sugere um dos médicos entrevistados:

No ciclo básico, a gente tinha um volume enorme de informação, e ela não tinha muita correlação entre si. A coisa não se modificou muito no ciclo clínico, o que acabou num processo didático muito complicado. A informação é ditada de fora para dentro como coisas pontuais e, ao longo do tempo, tu vai montando um quebra cabeça. (Entrevista nº16 com um Médico).

O processo de integração de conteúdos parece não ser tão simples para muitos médicos; e não são todos que conseguem montar esse quebra-cabeça, como sugere um dos meus entrevistados: “Num modelo tradicional, que é fragmentado, cada um vai fazer a integração na sua cabeça; alguns não conseguem fazer, são superespecialistas”. (Entrevista nº. 6 com o médico e professor de medicina Aloyzio Achutti).

A ruptura holonômica entre as partes e o todo é estrutural no sistema da Medicina Científica Moderna, especialmente no seu sub-campo fragmentário, tanto na formação médica, quanto na atuação profissional desses médicos.

4. 2. 3. O OLHO TECNOLÓGICO DA HIPER-TRANSPARÊNCIA

O Quadro de Uriart, que ilustra o presente capítulo, tem a capacidade de mostrar, simultaneamente, um olho que, ao mesmo tempo, também é uma imagem da hiper-transparência do corpo. A potência epistemológica desse olho aqui se

revela como um olho de fora, que aproveita toda a capacidade da luz para produzir uma visibilidade quase total de todas as estruturas do organismo biológico do ser humano. São as estruturas mais recônditas que mostram, em detalhes minuciosos, uma hemácia passando por um capilar. No entanto, ao dar textura para a foto, o artista trabalha um tensionamento que indica outros significados, outras possibilidades de compreensão; rompe com a linearidade e superficialidade da foto, deixando entrever leituras que remetem à essência de fenômenos vitais. Essa passagem de perspectiva pode nos remeter a uma nova tensão entre a foto, com sua captura cristalizada de um momento, e a texturização da foto em alto relevo, que permite pensar o processo da vida. Na fotografia microeletrônica, tenho a instantaneidade de um momento como uma coisa objetiva, que pode ser extraída de uma pessoa e interpretada como um dado objetivo, duro, cristalizado, extraído da vida humana. Com outras lentes, o artista trabalha a textura como se fosse a fixação de muitas “dobras de vida”⁸¹ em diferentes perspectivas. Assim ele recupera um devir e uma profundidade dramática e incorpora a causa imanente no efeito que se prolonga na duração espinosana.

A medicina desenvolveu equipamentos e uma tecnologia que tem a capacidade fantástica de revelar, em níveis cada vez mais elementares dos tecidos orgânicos, aquilo que antes era quase impensável. Hoje temos raios-X, ecografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, mapeamento genético, entre outros. Esses exames são capazes de revelar aquilo que, a olho nu, jamais se poderia imaginar e oferecem a possibilidade de apresentar o corpo humano, do ponto de vista orgânico, com uma completa transparência.

⁸¹ Uso essa expressão em sentido semelhante à “perplicação bergsoniana”, sem assumir compromisso com a teoria de Henri Bergson.

A questão da transparência, ou da hiper-transparência, também aparece na sociedade como um todo. Na mídia, há discussões sobre como é feita a leitura dos resultados na ciência médica. Nesse sentido, aparece muito claramente, em Tognolli, a idéia de que o corpo humano está completamente disponível, de forma transparente, não havendo mais segredos. Ou seja, a ciência seria capaz de descobrir os segredos mais recônditos, como o autor citado afirma nos seguintes termos: “Uma das novidades vendidas hoje pela mídia, postula que vivemos em um mundo essencialmente transparente, seja transparência dos corpos, seja transparência das circunstâncias”. (TOGNOLLI, 2002). A mídia reflete, de alguma forma, o grande otimismo da Medicina Científica Moderna, no sentido de que os grandes avanços da biotecnologia seriam capazes de mostrar, no nível mais elementar, tudo o que se conhece. Seguindo esse mesmo raciocínio, o autor continua:

Comecemos pelo corpo, quando falamos de corpos nos referimos às notícias de jornal dando conta de que as novas descobertas da biotecnologia estão encontrando os defeitos que carregamos na nossa genética, os corpos nunca foram tão transparentes, algo que não fora previsto nem pelo criador do Panóptico, o arquiteto inglês Jeremi Bentham, tão pouco por Michael Foucault de Vigiar e Punir. Agora tudo o que somos, indicam os jornais, pode ser atestado pela resposta final que é o grau da biotecnologia. (TOGNOLLI, 2002).

Essa referência remete a considerações que já fiz anteriormente – na construção do objeto deste trabalho – onde postulo, a partir de Foucault, que a medicina exerce um controle de caráter biopolítico. Considerando a hiper-transparência do corpo e a exclusão da humanidade na formação médica e do trabalho médico, existe a possibilidade de continuar fazendo esse controle. Certamente, o investimento não se dará mais em nível político, mas, preferencialmente, em nível propriamente biológico, tendo em vista que os mecanismos biotecnológicos já disponibilizam condições para que se possa fazer

um planejamento de habilidades para uma determinada produção, atendendo, assim, a nova distribuição internacional da produção de mercadorias e de conhecimentos, dentro do processo de globalização.

O HCPA (Hospital de Clínicas de Porto Alegre) é conhecido entre estudantes de medicina e residentes do hospital como “Cristaleira do Saber” (Observação de nº. 112 do Caderno de Campo). O estudante de medicina, que tem sua principal vivência de ensino nesse hospital universitário, está inserido num processo com as seguintes características: Ele tem alta preferência pela “cristaleira do saber” em detrimento da vivência em postos de saúde. Ele não quer estar na vila onde somente moram pessoas pobres, feias, sujas e ignorantes, conforme comentou um dos alunos enquanto participava de uma Visita Domiciliar que ocorreu durante a realização do Internato de Medicina Social numa unidade de saúde localizada na periferia de Porto Alegre. (Observação de nº. 65 do Caderno de Campo). Saindo do hospital, fica impossível ignorar as condições em que vive a população. Na “cristaleira do saber”, é perfeitamente possível se desfazer de todos os elementos que caracterizam a situação de pobreza das pessoas, porque o paciente, colocado dentro desse tipo de instituição, mostra somente sua hiper-transparência orgânica. Todo o resto que ele traz da vida – sujeira, pobreza, desgraça – pode ser descartado, pode ser deixado do lado de fora sem prejuízo algum, porque ali somente interessa aquilo que pode ser visto na transparência do corpo.

As instituições de ensino cumprem funções sociais de reproduzir as condições para que a sociedade consiga formar profissionais com determinadas características. Estes, por sua vez, vão reproduzir, em seu desempenho profissional, tudo aquilo que as instituições têm interesse que seja feito. Assim, o médico vai cumprir sua tarefa de lançar seu olho especular sobre o problema do paciente. Os

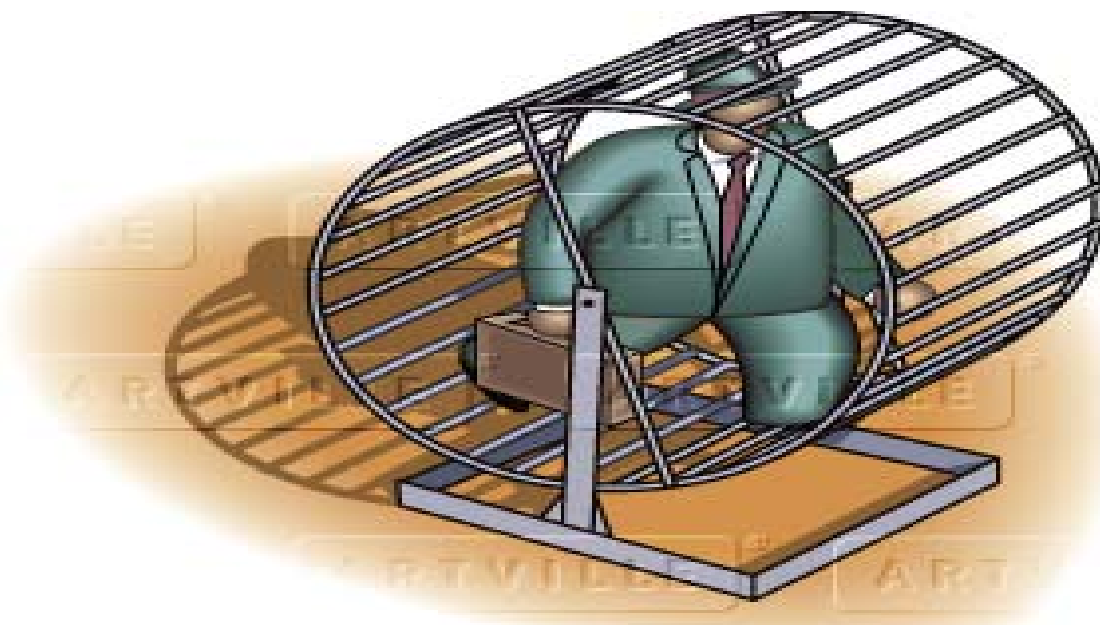
profissionais somente trabalham com o olho especular. São altamente eficientes no foco, mas são completamente incapazes de compreender o processo envolvido nas questões estruturais da sociedade. Eles possuem um olho sem compromisso com o resto, um olho asséptico, cirúrgico.

A “cristaleira do saber” cumpre a função de tornar transparente cada corpo que entra na instituição. O paciente entra e se desnuda de tudo que possa carregar algum significado social ou cultural para expor sua substância corpórea *in natura*, até se tornar transparente. De um lado, a hiper-transparência orgânica e, de outro, a intransparência da subjetividade, do sofrimento e de todas as características sociais, culturais, religiosas, econômicas dos pacientes, que se desfazem de tudo isso para ser apenas um corpo, um órgão, uma doença; alguém que não pode chorar, pois, se chorar, o médico manda vir outro dia.

Um dos médicos entrevistados faz uma síntese da hiper-transparência do corpo e da intransparência da subjetividade do paciente: “Eu tive a vivência como médico e como acompanhante de paciente. Impressionante, tu vês todo o corpo e não consegues ver a alma do paciente; isso é muito triste”. (Entrevista de nº. 13 com um médico).

A hiper-transparência é um simulacro do real; é apenas uma aparência do processo, não dando a mínima noção da essência. A hiper-transparência mostra uma questão epistemológica fundamental, qual seja, a cristalização da imagem transparente como dado objetivo, fixo, imobilizado, onde o olho é o espelho do mundo. A hiper-transparência do orgânico esconde a intransparência da subjetividade da alma do ser humano.

4. 2. 4. O MÉDICO NA RODINHA



Man in Hamster Wheel

BSR024 Photodisc (Illustration) Royalty Free Photograph
(<http://www.fotosearch.com/ART123/bsr024/>)

Médicos no Canadá e na Alemanha são como hamsters correndo na rodinha.... Cada médico tenta conseguir seu ganho possível aumentando mais e mais seus serviços. Entretanto, na medida em que o total de serviços cresce e excede o orçamento, o pagamento para cada serviço diminui para todos os médicos. Como hamsters frenéticos eles empurram a pequena rodinha sempre mais rápida tentando conseguir o total de ganhos possíveis, antes que o orçamento previsto acabe.⁸² (MORRISON, 2000).

⁸² "Physicians in Canada and Germany are like hamsters on a wheel..... Each physician tries to earn his or her target income by providing more and more services; however, as the total use of the service increases and exceeds the present total budget, the fee for each service decreases for all physicians. Like frantic hamsters, they push the little wheel faster and faster, trying to get to the target incomes before the budget runs out".

A figura acima representa a idéia de um médico caminhando numa rodinha. A sugestão para a utilização dessa figura veio do texto do autor citado: Morrison. A partir de uma primeira aproximação com a metáfora sugerida, emergem as seguintes perguntas:

1. Quais os mecanismos que estão envolvidos na aceleração da rodinha?
2. Quem maneja a mão invisível da manivela que controla a velocidade da rodinha?
3. Qual a capacidade do médico de regular a velocidade da rodinha?
4. A aceleração da rodinha altera a capacidade do médico de compreender o paciente?
5. Como o paciente entra nessa engrenagem?

Para orientar a elaboração de respostas a estas questões, vou considerar, a partir de David Harvey, que as práticas temporais e espaciais nunca são neutras nos assuntos sociais. (HARVEY, 1992. Pág. 218). E, concordando com Madel Terezinha Luz de que a medicina é a mais social de todas as ciências (LUZ, 1988), temos que a medicina também está dentro do processo das relações de tempo e espaço na sociedade. Assim, neste capítulo, vou examinar alguns aspectos do contexto da formação e atuação profissional do médico relacionados à pressão do tempo.

Início descrevendo como os estudantes de medicina vivenciam o processo de treinamento para embarcar na rodinha: Quando o estudante chega ao ciclo clínico, percebe que existe uma organização nos serviços em termos de horários, esquemas, etc. Então, ele se sente compelido a ter que se adaptar à estrutura montada, conforme é sugerido numa entrevista:

No Hospital, tem que atender; não pára nem para tomar um café; das 13:30 até as 19:00h é muita coisa, e a pressão dos orientadores também, 'porque eu tenho que sair às 17:00, vamos terminar isso'; então fica ruim, e a gente perde a vontade de estudar, fica irritado, principalmente se tu não quer aquela área. (Entrevista nº. 10 com um estudante de medicina).

O ritmo de trabalho no ambulatório do hospital produz sinais de irritação, de inconformidade, pois os estudantes de medicina percebem que essa forma de trabalho implica várias conseqüências. Uma delas é direcionar o foco de atenção a um problema bem específico do paciente, como podemos constatar por esta entrevista:

Olha, pela experiência que eu tenho no Clínicas, pelas especialidades que eu passei, é difícil fazer uma coisa mais ampla pela quantidade de pacientes que é atendida. Eles não têm tempo útil para fazer tantas consultas, tipo nas quartas-feiras, que tem um ambulatório bem pesado, bastante consulta, bastante paciente; a gente focaliza só no problema que os pacientes nos trazem; se tiver outra coisa, manda para o posto. Pela experiência que eu tenho do Hospital, é complicado fazer uma abrangência um pouco maior, pela disponibilidade de tempo que eles têm, tempo horário. (Entrevista nº. 7 com um estudante de medicina).

A pressão do tempo que produz a focalização traz também um efeito secundário: a desvalorização da palavra, reduzindo ao mínimo a conversa com os pacientes. Isso é exemplificado na fala de dois estudantes:

Tu está acostumado a entrar, sentar, conversar. O que tu tem é isso, tu está tomando remédio, tratamento. Não tem muita discussão; não tem muita paciência nem para sentar e conversar com o paciente. (Entrevista nº. 10 com um estudante de medicina);

A demanda é tão grande que tu não tem tempo de parar e falar com os pacientes; mesmo para estudar os casos dos pacientes, fica muito focalizado só naquela consulta e tu não tem tempo; é tocar serviço o tempo todo. Sai um, entra outro. (Entrevista nº. 11 com um estudante de medicina).

Na fala dos alunos, está evidente que há pouca conversa, e esta ainda é predominantemente unidirecional, como mostra outra fala do estudante: “Está aumentando muito o número de pacientes, e não tem como estar ouvindo; por questão do tempo, a gente tem que fazer uma coisa mais dirigida”. (Entrevista nº. 11 com um estudante de medicina). O aluno tem clara percepção de que sua inserção nesse processo é desgastante; por isso, assume uma posição crítica, como aparece na seguinte fala: “Nessa maneira de trabalho, a pessoa sai desgastada, cansada e

irritada; isso contribui para a má qualidade de vida do profissional”. (Entrevista nº. 10 com um estudante de medicina). A visão crítica desse estudante pode ser compreendida por outra experiência sua, quando o número de pacientes era menor e havia tempo para acompanhar os pacientes, conforme este relato:

No Cristo Redentor, a gente tinha quatro pacientes para atender na emergência; então a gente podia olhar todos os exames, revisar o paciente; então a gente atendia os quatro pacientes que a gente tinha que ver; via tudo do paciente: conversava, examinava todos os dias, chegava, discutia o caso; aí tinha o teu tempo para pedir os exames, fazer a prescrição e tu tinha dúvidas. Nós trabalhávamos com todos os pacientes, desde conhecer a história até ir lá fazer a prescrição, se precisava de algum exame. (Entrevista nº. 10 com um estudante de medicina).

Ao que parece, é preciso um determinado tempo para poderem surgir às dúvidas. A mesma condição foi salientada por um estudante para dizer que conseguiu estabelecer uma boa relação com um paciente: “Eu acho que foi porque, na época, eu tive um tempo para sentar, ouvir o que a paciente estava dizendo; isso é uma coisa que está faltando muito: a questão do tempo de a gente poder parar e ouvir”. (Entrevista nº. 11 com um estudante de medicina).

Como já foi visto acima, o estudante de medicina, na sua graduação, passa por um treinamento no qual ele aprende que precisa atender o paciente focando num problema específico, sem dar muita importância para o contexto mais amplo no qual esse problema do paciente está inserido. Em outras palavras, o estudante de medicina é preparado para um determinado mercado de trabalho, inserido em relações de trabalho com características semelhantes, como veremos a seguir. Mesmo assim, ele tem percepção sobre a pressão do tempo, pois consegue desenvolver estratégias defensivas em ambiente mais favorável e consegue entender que uma relação médico-paciente, em que os tempos estão harmonizados, produz resultados qualitativamente diferentes.

Ainda sobre a pressão do tempo, importa lembrar uma reportagem da revista “*Isto É*” do dia 03/08/2005, chamada “Saúde Vapt-Vupt”, assinada pelas jornalistas Celina Cortês e Greice Rodrigues. Nela se encontra a preocupação com a pressa nas consultas médicas por parte da sociedade. Um trecho da reportagem começa assim: “Quem já foi a um consultório e teve a sensação de ter entrado em um lugar errado seja pela rapidez ou pela frieza no atendimento, muitas vezes a impressão é essa”. (CORTÊS & RODRIGUES, 2005). Mais adiante, as autoras transcrevem a opinião de uma paciente que diz: “Ele perguntou qual era o meu problema, e se estava tomando medicamento, sem tirar os olhos do computador pediu para eu fazer exames e continuar com o remédio, apenas isso”. (CORTÊS & RODRIGUES, 2005). A reportagem é um retrato, em miniatura, de como a população vivencia e como são as “relações de produção” em serviços médicos. A seguir vou mostrar algumas situações que ilustram esse processo.

As jornadas de trabalho médico chegam, muitas vezes, a mais de 60 horas semanais, como podemos ver na declaração de um desses profissionais: “Trabalho 60 horas semanais, mas não quero trabalhar sempre assim; ninguém agüenta por muito tempo. Meu sonho é trabalhar 10 horas semanais”. (Depoimento de um médico que trabalha na Grande Porto Alegre, formado há cinco anos. Referência nº. 167 do Caderno de Campo). A pressão para acelerar os atendimentos ambulatoriais também pode ser percebida na fala de outro médico: “Um médico plantonista no município de Capão da Canoa referiu que atendia até 150 pacientes num plantão de 24 horas, no ano de 1995”. (Referência de nº. 168 do Caderno de Campo).

No decorrer de minha experiência como acadêmico de medicina e como profissional médico, coletei pequenos relatos que mostram a relação conflituosa

entre a organização do tempo e do espaço presentes na relação entre médico e paciente, como podemos ver nos três exemplos a seguir:

Tenente Portela, 1985: Em reunião numa comunidade, uma paciente relata que o médico nem permitia que os pacientes sentassem; apenas falavam o que sentiam, e o médico prescrevia o medicamento. Ela relata que uma vez teve um problema mais sério, e o médico nem olhou para ela e já prescreveu os medicamentos. Após tomar esses medicamentos, ela não melhorou, e voltou à consulta. Desta vez, ela pediu para ser examinada; o médico teria se levantado e teria feito um exame num dos olhos, baixando a pálpebra inferior; em seguida, o médico sentou-se e fez nova prescrição. (Referência de nº. 105 do Caderno de Campo).

Em visita a postos de saúde, no interior do município de Tenente Portela, constatou-se que, em dois postos de saúde que tinham atendimento médico, não havia macas para examinar os pacientes e, em um desses postos, havia somente uma cadeira, que, segundo a auxiliar de enfermagem, era utilizada pelo médico; e os pacientes eram atendidos em pé. (Referência de nº. 106 do Caderno de Campo).

Quando ainda estudante de medicina, acompanhei um médico no seu trabalho num posto de saúde. Ele chegou à unidade, chamou a auxiliar de enfermagem, se dirigiu à sala de espera e deu várias orientações ao grupo de pacientes, nessa ordem: Quem veio buscar remédio para verme vai para aquele canto; quem veio renovar receita é ali; quem tem sarna, no outro canto; quem veio buscar fortificante, no outro canto; todos os outros entrem no consultório. Antes de se dirigir ao consultório, orientou a auxiliar sobre o tipo de medicamentos que cada grupo deveria receber. No consultório, ele ouviu a queixa principal de cada paciente e fez algumas prescrições em receituário; e, para outros, ele pedia para a Auxiliar de Enfermagem dar determinado medicamento. (Referência de nº. 180 do Caderno de Campo).

Os relatos acima, descontado o caráter quase anedótico, poderiam ser produzidos pelas condições de trabalho às quais são submetidos os médicos, como indica Morrison, referindo-se ao contexto de diferentes países:

A pressão do tempo sobre os médicos tem se intensificado no decorrer das duas últimas décadas. O crescimento, em particular, do 'Managed Care', tem trazido consequência negativa para o trabalho médico em relação ao tempo, em termos qualitativos e quantitativos, que eles despendem com os pacientes.⁸³ (MORRISON, 2000).

⁸³ "Pressures on physicians' time have intensified over the past two decades. The rise of managed care in particular has had a negative effect on the quantity and quality of time that physicians spend with patients".

A mesma conclusão é apresentada por Schumacher & Warrack quando se referem aos médicos canadenses: “A pesquisa médica nacional de 2004 mostrou claramente que os médicos Canadenses estão frustrados com a crescente pressão sobre o seu tempo”. (SCHUMACHER & WARRACK, 2005).

Morrison, no mesmo artigo dele já citado, resume seus argumentos dizendo que há um “cuidado de saúde tipo hamster”, onde o interesse geral é trocado por um interesse somente no particular, no foco, mediado pela aceleração da rodinha. Parece que a condição de o médico de correr na rodinha, pressionado pelo tempo e com o olho na parte, tende a criar uma cultura de “Manual”, em substituição à cultura dos “Tratados de Medicina”, como sugere este comentário, registrado no meu Caderno de Campo:

Em reunião da COMGRAD, um professor de medicina disse que os alunos não têm mais o costume saudável de ler os livros básicos de medicina interna; segundo ele, somente lêem os manuais. Isso leva a um enquadramento superficial, pois, nos manuais, somente aparecem as características clínicas mais gerais, diminuindo a complexidade do problema dos pacientes. É nos livros, ou melhor dizendo, nos tratados de medicina que aparecem as características clínicas gerais; no entanto, aparentemente, esses tratados vão perdendo valor na medida em que se estuda somente nos manuais. Assim fica mais fácil enquadrar as patologias em uma grande taxonomia geral, pois os detalhes diferenciais ficam suprimidos. A cultura médica do tratado de medicina não é compatível com um médico acelerado na rodinha; para essa situação, é mais conveniente o manual, que é pontual, genérico, superficial e não é capaz de formar uma cultura clínica de profundidade. (Referência de nº. 166 do Caderno de Campo).

Outra questão interessante é a relação do tempo biológico da gestante na comparação com o tempo linear do obstetra correndo na rodinha. Uma aluna do 9º semestre da FAMED/UFRGS relata que no Grupo de Estudos e Pesquisa da Obstetrícia chegaram à conclusão que a opção preferencial dos obstetras pela cesariana se dá em função de adequar os eventos biológicos normais (trabalho de parto e parto vaginal) ao calendário disponível da agenda do médico, onde cabe

muito melhor o horário marcado da cesariana. (Observação de nº 193 do Caderno de Campo).

O objetivo nesta seção, não era responder às perguntas colocadas em seu início. Essas perguntas constituíram mero fio condutor para encontrar, no material empírico, explicações para alguns aspectos da inserção dos serviços de saúde em relações sociais mais amplas, como podemos depreender de Harvey. “Faz sentido que os capitalistas se voltem para o fornecimento de serviços bastante efêmeros em termos de consumo”. (Harvey, 1992, pág. 258).

Todavia, as relações de consumo nos serviços de saúde envolvem pessoas reais, que trazem ao médico suas doenças e a forma singular de cada indivíduo vivenciar suas dores, dramas, sofrimentos, próprios de cada cultura, exigindo um tempo de encontro adequado para cuidar de cada paciente, como é sugerido nesse texto produzido por um movimento de Médicos de Família espanhóis que reivindicam um mínimo de dez minutos, em média, por consulta médica. “Es necesario proporcionar el tiempo adecuado para poder tratar al paciente como ser humano y de los pacientes con trato personalizado.” (ALCARAZ & DE PABLO, 2005). Dessa observação emerge uma questão inquietante. Na hipótese de um tempo inadequado, que tipo de sujeito emerge dessa relação do médico com seus pacientes? Aparentemente, esse sujeito, enquanto paciente do médico, poderia ter uma condição de “não ser humano”. Médicos e pacientes, seres humanos por natureza, quando submetidos a alguns tipos de relações de produção e consumo capitalistas contemporâneos, sofrem um processo de reificação pela interferência de uma “mão invisível”, que controla a velocidade da rodinha, local de um encontro, entre médico e paciente no tempo linear acelerado. O tempo do médico permite apenas o “Olho no Foco”, fragmentando o que deveria ser o “indivíduo”. A agenda

de dores, sofrimentos e o “mal estar da época” não cabe no tempo do médico correndo na rodinha. O paciente só consegue bancar sua “Queixa Principal”. Tudo o mais bate e volta na Máscara Inflexível. O médico correndo na rodinha e seus encontros fugazes com os pacientes é a modernidade capitalista acelerando a produção de “não seres humanos”.

O objetivo maior é pensar a possibilidade de trocar a mão invisível do capitalismo, que controla a rodinha, pela mão do Deus espinosano, presente na negociação do tempo harmonizado entre o paciente e o médico.

4. 2. 5. A MÁSCARA INFLEXÍVEL

A metáfora da máscara, usada neste capítulo, vem do teatro grego, em que os atores usavam máscaras específicas para cada situação: uma para o drama, outra para a tragédia e outra para a comédia. Estou adotando a idéia de “máscara inflexível” a partir de observações que fiz no desenvolvimento de um projeto de Habilidades de Comunicação no Departamento de Medicina Social. Era um projeto de extensão chamado “A CONSULTA MÉDICA EM CENA: RECONSTRUINDO A ARTE DE CURAR NO PALCO”.(PUSTAI, 2002). Em todas as modalidades da entrevista (Ver **Anexo VI**), os alunos se comunicavam da mesma maneira; usavam o que estou chamando de máscara inflexível: eles, como médicos, adotavam uma espécie de protocolo, válido para qualquer situação de atendimento, pois cada situação era enfrentada da mesma maneira. Isso foi encenado não só para ver o mesmo estudante entrevistando diferentes personagens com diferentes problemas, em variadas situações, mas também para observar o mesmo personagem sendo atendido por alunos (no papel de médicos) diferentes.

A máscara inflexível do médico traduz sua rotina, idêntica para todas as situações; é a arte perdida de curar, a incapacidade de flexionar, de moldar o rosto para cada situação; é o olho solipsista da taxonomia tecnicista; é a verdade prévia, a priori, que apenas coleta material objetivo para encaixá-lo nos modelos indiciários da medicina baseada em evidências. O médico que atende com uma máscara inflexível fica com um rosto sem expressão – com um rosto liso – onde não há marcas do tempo da duração. Nesse sentido, identifica-se com o efeito Botox⁸⁴ de retirar a expressão, de eliminar as rugas que são as testemunhas da duração do tempo social da vida internalizada. O rosto funciona como uma parede em que a bola bate e volta: não há jogo, nem processo, nem relação. Já me referi ao mesmo procedimento anteriormente, quando comentei a atitude do médico canadense atendendo uma paciente (gravado em fita). Também ele usa uma máscara inflexível; ou seja, ele realiza um atendimento protocolar.

As mesmas considerações podem ser feitas em relação à performance de um aluno, ocorrida no dia 13/12/2000. (Caderno de Observações do Projeto de Habilidades de Comunicação). O aluno escolhido para fazer a entrevista teve uma performance de médico convencional. Significa que manteve aquela máscara rígida, inflexível, aplicada, de forma indiscriminada, a todas as situações, agindo como se os pacientes fossem todos iguais, como se eles sofressem as moléstias da mesma maneira. Trata-se de um modelo biomédico reducionista que elimina as diferenças, que tenta enquadrar todos os pacientes num mesmo padrão, num mesmo molde homogêneo.

⁸⁴ Técnica utilizada na Medicina Estética. É injetada uma toxina no subcutâneo para diminuir as rugas e, como efeito colateral, diminui a expressão facial quando aplicado no rosto.

A inflexibilidade da máscara e do modelo taxonômico do médico acaba por fabricar corpos iguais, ou, pelo menos, faz um esforço enorme para diminuir as diferenças. Todo o trabalho de escrutinação ou esquadramento não é feito para construir diferenças, identidades singulares, indivíduos no sentido de preservação de uma história própria; ao contrário, é feito um processo de redução, de enquadramento no molde da medicina organicista biocentrada. Quando o modelo do médico é bio-orgânico, ele tende fortemente a procurar algo errado no orgânico e acaba considerando, como inutilidades, todas as manifestações da subjetividade. Se todas essas informações não puderem ser classificadas, enquadradas em modelos pré-concebidos, esse tipo de médico não sabe o que fazer com elas. E, se não souber, então não vale a pena perder tempo em coletar dados sobre o paciente que não sejam perfeitamente passíveis de classificação e enquadramento.

Quando um paciente procura um médico para ver até que ponto seus problemas encontram acolhimento, ele, consciente ou inconscientemente, está testando a flexibilidade da máscara desse médico. Se encontrar uma máscara inflexível, uma máscara que só deixa passar conteúdos que interessam ao olho solipsista do médico, o paciente acabará interrompendo o jogo, isso porque percebe que está colocando uma informação que bate e volta; ou seja, ele percebe que não tem condições de bancar questões mais delicadas para o paciente. Foi isso que percebi no projeto de Habilidades de Comunicação, quando, diversas vezes, o personagem (ator-paciente) tinha uma agenda oculta: trazia, de forma indireta, alguma questão; e, se essa questão batia na máscara inflexível do médico (personagem-médico), ela voltava; a partir dali, a consulta se tornava puramente protocolar, pois as questões não fluíam mais; não havia mais jogo. O jogo era interrompido, como aparece na fala de um ator entrevistado:

Algumas vezes o cara botou uma parede, isso era claro; botou uma parede não sei por que motivos; era ele ali e a gente aqui, e não existia uma troca. Tu vias que aquilo que a gente falava batia e voltava; ele não estava aberto. (Entrevista nº. 4, de um ator).

A comunicação era interrompida nos dois sentidos: de um lado vinha a mensagem da máscara inflexível, que não acolhia a proposta de jogo; de outro, o próprio paciente entendia o que o médico estava propondo, isto é, o jogo do protocolo, pelo qual ele buscava somente aquelas informações que interessavam para a sua máscara inflexível, tecnicista, que era a única que ele estava colocando em prática. Eventualmente, acontecia que o personagem voltava a rerepresentar aquelas questões, que eram dramáticas para ele. Portanto, o médico precisaria de uma “máscara de drama” para entender; muitas vezes, a situação era tão difícil que o médico não estava preparado para enfrentar esse jogo.

Para exemplificar isso, vou relatar uma situação em que o personagem trazia um exame cujo resultado era HIV positivo. Era, portanto, uma situação de alta dramaticidade, na qual o aluno-médico teria que abrir o exame e dar a notícia de que o paciente era portador do vírus HIV. Na encenação, houve situações em que o aluno ficava completamente confuso, não sabendo mais como continuar, porque, até esse ponto, ele tinha usado uma máscara completamente inflexível. Ocorre que, com essa máscara, o aluno-médico é incapaz de lidar com uma situação de drama que, necessariamente, exige um outro tipo de jogo, um outro tipo de envolvimento, que até, ali não tinha acontecido. Nessa situação, o aluno era obrigado a construir rapidamente uma nova estratégia de abordagem, pois a anterior tinha se mostrado inadequada. Quando acontece isso, o médico ou estudante de medicina precisa de uma nova máscara; caso contrário, o fracasso daquela relação será definitivo.

4. 2. 6. O OLHO DE FORA COMO SÍNTESE TEÓRICO-EMPÍRICA DO OCULUS SPECULUM



A corporação de cirurgiões desejou homenagear o Dr. Tulp com uma pintura, e não poderiam ter escolhido tema melhor do que uma dissecação anatômica teatral, um evento público e pago, que atrai a curiosidade de intelectuais e ricos. Mas a pintura também celebra a nova era do estudo do corpo e suas funções, como descrito por William Harvey e **Descartes**; é presumido que este último estaria na audiência daquele dia.⁸⁵ (DAMÁSIO, 2003, p 218).

⁸⁵ "The Guild of Surgeons wished to honor Dr. Tulp with a painting and no better theme could be found than a theatrical anatomical dissection, a public and paid event that attracted the curiosity of the educated and the wealthy. But the painting also celebrates a new era in the study of the body and its functions, chronicled in the writing of William Harvey and Descartes, who is presumed to have been in the audience on that day".

O quadro que ilustra o presente subtítulo, *Lição de Anatomia do Dr. Tulp*, de Rembrandt, foi pintado em 1632. A suposição de Damásio (referida na última citação) pode ser perfeitamente possível, pois Descartes viveu na Holanda entre os anos de 1629 e 1649. Também devemos considerar que Descartes participou ativamente de discussões filosóficas públicas nos salões da burguesia e da nobreza holandesa, onde defendeu ardorosamente suas teorias filosóficas antes mesmo de publicar seus textos; portanto Rembrandt deveria conhecer as idéias filosóficas de Descartes. (MASQUELET, 2006). Se conhecia ou não, não podemos saber; mas, se fizermos um exercício intelectual, aceitando as preliminares de que Descartes estava na audiência de “A Lição de Anatomia” e que Rembrandt conhecia sua filosofia, podemos imaginar como Descartes está representado no quadro.

Devemos considerar que Rembrandt conhecia a tensão epistemológica do *Olho de Fora dos italianos*, que está representado claramente na xilogravura de Dürer, (reproduzida na p. 93). Naquela expressão pictórica, o “Olho Especular” corresponde aos princípios cartesianos. Portanto, o pintor holandês poderia estar gravando e criticando, na sua pintura, o próprio pensamento cartesiano. Acredito que, nessa pintura, há dois personagens que representam, cada qual, um determinado princípio cartesiano: O personagem identificado com o número um (1), que olha para a pinça, os tendões e músculos do cadáver, apresenta um olho fixo no foco. O foco de sua visão dá a idéia de algo concreto, objetivo. O cadáver extraído da realidade mostra seu corpo como um dado cristalizado, sem vida; é a verdade objetiva de um fato científico que fala por si, e o olho do espectador precisa absorver esse fato, esse conhecimento. O olho fixo no foco remete à idéia de uma parte, no caso, os tendões e músculos da loja anterior do braço, do antebraço e da palma da mão do cadáver. Essa parte pode falar por si só; é uma verdade científica que não

precisa, necessariamente, ser contextualizada, pois o que interessa é o objeto específico em foco.

No mesmo quadro, o personagem central, que é o próprio Dr. Tulp, mostra detalhes anatômicos do membro superior esquerdo (MSE) do cadáver. Um olhar distraído indica que é a face flexora do MSE, pois o polegar aponta para fora, em pronação. Mas, ao observar atentamente a imagem, tive a impressão inicial de que havia uma semelhança na estrutura anatômica mostrada com uma face extensora (dorsal) da mão e antebraço. Essa dúvida inicial me impeliu a consultar vários atlas de anatomia e a fazer uma visita de estudos no Laboratório de Anatomia Humana da UFRGS. Não só examinei várias peças de membros superiores com seus planos musculares dissecados, mas também um cadáver completo com os membros superiores dissecados. Além disso, fotografei as peças e comparei-as com os resultados obtidos de uma imagem ampliada do quadro de Rembrandt. Ao final desses exames comparativos, pude firmar algumas convicções:

- 1) Abstraindo do resto do corpo do cadáver, a visualização dos detalhes anatômicos sugere que seja um membro superior direito (MSD) na sua face extensora.
- 2) Os tendões pinçados que aparecem no quadro são da camada superficial de músculos ligados aos tendões que estão inseridos distalmente nos dedos; e, embaixo, estão visualizados os músculos e tendões da segunda camada. Se fosse a face flexora, deveria aparecer rebatido o túnel do carpo. Sem essa dissecção, não é possível visualizar os tendões dessa face. Como o túnel do carpo não aparece rebatido, a imagem somente pode ser da face extensora. Na face extensora os músculos e tendões já são visíveis com a dissecção e rebatimento somente da pele.

- 3) A posição mais usual dos membros superiores é serem eles fixados pela rigidez cadavérica na posição pronada, como aparece no MSD do quadro. Foi o que observei nos cadáveres do Laboratório de Anatomia. Portanto, é estranho que o MSE pudesse se encontrar em supinação, pois essa mobilização no cadáver semi-rígido não é muito fácil, como também pude observar no laboratório. Essa comparação precisa ser relativizada, pois, naquela época não se fixava o cadáver da mesma maneira que atualmente. O que se sabe é que a pintura foi realizada durante o inverno para manter o corpo sem deterioração por mais tempo.
- 4) O detalhe anatômico mais importante é a tensão dos tendões provocada pelo pinçamento do Dr. Tulp. Masquelet (Idem), sugere que o tensionamento seja para enfatizar a questão do movimento fisiológico dos tendões e músculos, o que estaria de acordo com determinadas concepções filosóficas da época. Não discordo da questão do movimento, mas, o que a tensão dos tendões realmente mostra é uma trava articular da face extensora. O ponto de maior tensão é o dedo mínimo. Em vez dessa tensão de força provocar um arco flexor, o que aconteceria se fosse a face flexora, ele apenas provoca uma leve extensão da terceira falange, pois a trava articular das articulações metacarpianas impede um maior deslocamento.
- 5) A última questão se refere à ausência das unhas. Como defendo que seja a face extensora que aparece no quadro, deveriam aparecer às unhas dos dedos da mão. Ocorre que no quadro está presente um Atlas de anatomia, presumivelmente, de Vesalius, que era a grande referência da época. Nos desenhos feitos pelos antigos anatomistas a face extensora dos MSs era apresentada sem unhas nos dedos, como, aliás, ainda podemos observar em

alguns atlas de anatomia bem recentes, (TORTORA, p. 189, 2001; FENEIS&DAUBER, p. 91, 2000; CASTRO, p. 171 e 172, 1976) onde as figuras aparecem pintadas.

Considerando que o detalhe anatômico do quadro relata uma face extensora de um membro superior, posso pensar em duas hipóteses: A primeira é de que Rembrandt teria feito uma transposição do MSD, de sua posição de pronação para o lado esquerdo. Isso pode fazer algum sentido na medida em que o quadro é composto exclusivamente por homens. Sabendo que a mão direita representa o masculino, o cadáver ambidestro seria a ironia de Rembrandt para retratar uma sociedade escrachadamente masculina e mergulhada em valores que Bourdieu chama de inconsciente androcêntrico, modelo dominante para todas as situações sociais de um determinado período histórico. (BOURDIEU, 2005, p. 69). Assim, o quadro poderia ser um retrato de uma época, um “Zeitgeist”; no entanto, não seria necessariamente uma simples representação dos valores próprios da época, mas também uma tensão epistemológica do olho Kepleriano presente em Rembrandt. Com grande habilidade, o pintor consegue colocar essa mesma tensão epistemológica imanente no quadro e no próprio olho dos representados. Assim, o olho cartesiano somente pode ver o lado dominador, da precedência do lado direito, da coisa certa, da única coisa certa como foco pelo qual se faz a leitura do mundo. Existem dois Membros Superiores Direitos: são ambidestros. É o domínio absoluto do lado direito, dos homens no quadro, do masculino.

A segunda hipótese é que a face extensora do MSE é uma imagem vista no espelho⁸⁶. Do ponto de vista do olho de Rembrandt e do Dr. Tulp, a imagem

⁸⁶ “Quando afirma que a imagem se forma no olho independente do observador, Kepler oferece à pintura holandesa um de seus temas mais queridos: os pintores exploram espelhos que replicam uns aos outros na ausência de um espectador”. (Chauí, 1999, p. 50).

espelhada corresponde a face extensora do MSE com o polegar apontando para o Dr. Tulp. Assim, se não fosse considerada a visão de espelho, no olho do pintor e do médico, a imagem real, continua sendo a face extensora do MSE, mas, com o polegar apontando para o olho de Rembrandt. A imagem espelhada do MSE produz uma confusão imagética na cabeça do Descartes, pois este, sabidamente, era seguidor das idéias de Da Vinci. Chauí lembra que “Leonardo recomendara o espelho como modelo de uma pintura que desejava ser o pleno reflexo do mundo”. (Chauí, 1999, p 51). Como Rembrandt não era da escola de Da Vinci e tinha se alinhado com as teorias óticas Keplerianas, contrárias às de Descartes, podemos especular sobre os possíveis significados do olhar de espanto do personagem que, hipoteticamente, poderia ser Descartes.

Caso assim seja, o que o olho de Descartes estaria vendo? Considerando que Descartes conhecia anatomia humana, ele reconhece os tendões e músculos como estruturas típicas da face extensora do MSE. Porém, o lado do polegar está invertido para ele. A traquinagem de Rembrandt com esse Descartes (Descartes imanente dentro do quadro com toda sua inerência teórica) é fazer com que ele veja uma imagem invertida no plano horizontal pelo efeito do espelho⁸⁷, o que corresponderia à idéia cartesiana de que o olho é o espelho do mundo. Essa seria a imagem formada na retina de Descartes, e a tensão epistemológica de Rembrandt explora exatamente essa contradição. Como, para Descartes, também o olho é o espelho do mundo, Rembrandt lhe dá uma amostra sobre o que ele enxergaria baseado nessa teoria, ao mesmo tempo em que o próprio pintor exercita seus

⁸⁷ A teoria ótica conhecida na época de Rembrandt reconhecia que o olho não era o espelho do mundo. Mas, também não conhecia todos os efeitos óticos do cristalino e da retina. Por isso é plausível pensar que Rembrandt se baseia em suposições, mais do que em teorias já firmadas.

princípios de composição da complexidade de suas imagens. Descartes veria as coisas espelhadas, pela inversão do plano horizontal. Rembrandt brinda Descartes com a imagem invertida na retina. Ele fixa a imagem num ponto de todo o processo ótico-neurológico da visão. Nessa perspectiva, do ponto de vista da epistemologia cartesiana, o olho como espelho do mundo reproduziria, em cada novo ângulo de visão, uma imagem como se fosse um pedaço da realidade cristalizada, fixada como um dado objetivo. O “cogito” cartesiano coleta esses pedaços, como peças de um quebra-cabeça, para compor o olho solipsista taxonômico. Para uma ontologia cartesiana, o ser humano capta as coisas como se fossem realidades objetivas. O olho é mecânico e guarda a imagem fiel e exata do mundo. Essa é a objetividade da ciência cartesiana.

Mas Rembrandt recusa a objetividade mecanicista do olho de Dürer e Da Vinci, adotando o olho Kepleriano, a partir do qual a imagem do mundo é uma construção. Para espanto do olho cartesiano, produz inversões utilizando espelhos. Realiza composições com sentido de profundidade entre os claros e escuros que trazem à tona os grandes dramas da humanidade. Assim, os personagens de Rembrandt não são mais representações fiéis do mundo, mas uma ontologia ou uma teoria do conhecimento, onde a mente do ser humano é idéia do corpo, das coisas, do mundo. Ou seja, as contradições da realidade estão imanentes no espírito de cada personagem, e o pintor carrega na tinta toda essa tensão, como sugere Chauí:

Com Kepler o olho e o espírito são espelhos do mundo. Quando a pintura holandesa replica o quadro fazendo-o refletir-se nos espelhos, a posição interna do olho do pintor altera o significado do espelho, pois este não nos faz ver mais uma vez o mesmo que o quadro - não representa uma representação -, e sim nos dá a conhecer que as mesmas leis de composição, ou de relação entre partes e todo, encontram-se no motivo pintado e em sua imagem especular. (Chauí, 1999, p 51).

Espinosa bebe dessas fontes e transforma esses princípios epistemológicos em causa, cujo efeito está engendrado no Olho Imanente. Assim, o Olho Imanente é o espelho do Olho de Fora onde a luz oblíqua penetra os corpos, produzindo uma transparência multidimensional cognoscível às lentes epistêmicas. A transparência é multidimensional porque o ser é um ser de relação, tanto do ponto de vista das relações humanas quanto das relações múltiplas no meio em que a pessoa vive.

O personagem do quadro identificado com o número dois (2) também poderia ser uma referência a Descartes. Ele segura na mão o que poderia ser um manual ou um manuscrito que, no caso, poderia conter uma lição de anatomia. Rembrandt poderia estar retratando o olho solipsista cartesiano, do conhecimento prévio, apriorístico; tudo estaria anotado, organizado, classificado nesse manuscrito. A lição de anatomia seria a conferência entre aquilo que já é conhecimento taxonômico e sua correspondência na realidade; nada de novo, apenas a recapitulação daquilo que já se conhece. O olho de fora, com sua razão solipsista, é o critério da verdade; a realidade serve apenas para confirmar suas verdades já estabelecidas.

O Dr. Tulp oferece uma lição de anatomia, mas Rembrandt nos brinda com uma aula de epistemologia, denunciando a fragilidade do olho de fora, além de mostrar suas limitações e inconsistências.

4. 3. O OLHO IMANENTE



4. 3. 1 PACIENTE E MÉDICO REINVENTANDO O TEMPO DE UMA MEDICINA HUMANISTA: A FOTO DO MÁRIO E DA PACIENTE

Além das palavras, algo mais se passa... Uma duração alongando a percepção do tempo, hipnotizado que estava por força intuitiva, indicando a possibilidade de produzir uma ruptura epistemológica fazendo com que o olho de fora mergulhe no objeto, transformando-se em olho imanente.

A decisão de reproduzir, na íntegra a conversa com o Mário sobre a foto foi produzida pelo desejo de que nada podia faltar das “coisas ditas”, mesmo sabendo

que o significante – a foto – vai continuar esperando por novos significados..., pois o olho imanente não tem limite de profundidade.

A foto que ilustra a capa da tese e que, também, ilustra o presente capítulo foi objeto de uma conversa minha com o médico que aparece na mesma foto: Mário Tavares. Nossa conversa foi gravada e, posteriormente, transcrita na íntegra e vou acrescentar alguns comentários, que podem vir logo depois de uma pergunta ou seguida a uma resposta. Para distinguir essa interpolação de textos, vou usar o “*itálico*” para a transcrição da conversa, e a fonte comum de caracteres para os comentários.

Odalci: *Bom, onde é que está o teu olho (nesta foto), Mário?*

Mário: *O meu olho? Para onde eu estou olhando na foto? Eu estou olhando para ela (a paciente). Estou olhando para os olhos dela; é pelo menos o que eu me lembro; imagino que eu deveria estar fazendo isso.*

Olho no olho, num mesmo nível, dois seres humanos se comunicando: a fala da paciente é, no mínimo, tão importante quanto a do médico.

Odalci: *Certo.*

Mário: *Estou prestando atenção ao que ela está me dizendo; minha atenção está voltada para isso.*

Acolhimento. Posição de escuta; reciprocidade; valorização daquilo que o outro, a paciente, está dizendo. A fala da paciente faz sentido, pois o conteúdo faz parte de seus contexto.

Odalci: *Mas esse olho para o qual tu olhas, esse olho dela não seria uma espécie de janela da alma?*

Essa pergunta tem o objetivo de penetrar na subjetividade da paciente, a possibilidade de conhecer algo mais de sua vida, dos sentimentos, a profunda relação da queixa, do sinal e do sintoma, e o que isso significa para a paciente.

Mário: *É isso.*

Odalci: *E tu olhas para essa janela?*

Mário: *É isso. Eu olho para essa outra dimensão que tem...*

A sugestão de que a alma pode ter uma certa transparência.

Odalci: *Ali, nessa concentração, porque tu não estás olhando essa superfície aqui; tu olhas realmente para janela da alma dela. Nesse sentido, eu quero te perguntar: Qual é o significado da tua posição em relação a ela e em relação à cena como um todo?*

Uma primeira tentativa de pensar o conceito de imanência, a possibilidade de uma relação onde o Mário não está mais somente fora; ele poderia estar no plano da imanência.

Mário: *Talvez eu pudesse definir como uma tentativa de abraço (risos)... porque o meu braço esquerdo está por trás dela, e o meu braço direito, o meu corpo está inclinado para ela e o meu braço direito está...*

É um processo de aproximação. Essa aproximação se dá tanto na minha entrevista com o Mário, quanto na relação dele com a paciente. Discursivamente, ele inicia com a descrição de fatos que, aparentemente, são externos; mas, de fato, eles compõem um primeiro passo de aproximação para trocas mais profundas.

Odalci: *O direito está aberto num ângulo ...*

Mário: *Os dois estão abertos; o direito também está aberto; então, talvez tenha uma tentativa de abraçar esse mundo que ela traz; eu diria, tem uma inclinação, tem essa coisa do prestar atenção, tem essa coisa do abraço que eu não tinha me dado*

conta. Na verdade, eu estou lá e estou cá, desde o fundo da cena até o primeiro plano da cena, que o meu braço talvez seja a parte mais, tirando a perna, é o que está mais em primeiro plano; então é um gesto de abraçar, de inclinação sobre isso, de tentar captar esse mundo que ela traz.

Tentar captar, abraçar o mundo dela. É o mundo da paciente, entrando na mente do Mário. O que está em questão? Que tipo de relação está se estabelecendo entre o médico Mário e sua paciente? O olho solipsista dá lugar a um olho que circula, um olho que mergulha, que busca coisas e se banha no lago profundo da existência do outro, que incorpora coisas do outro. A mente deixa de ser puramente solipsista e catalogadora de informações para existir como idéia verdadeira. Encontra-se aqui a mesma tensão epistemológica entre o olho de fora e o olho de dentro que Chauí identificou em Espinosa, quando este analisava criticamente Descartes:

Com efeito, não começar cartesianamente pela alma *in se sola considerata* exige que seja mantida a força do intelecto afirmada por Descartes, mas, simultaneamente, requer também que o pensamento se faça no meio do mundo: a mente é idéia do corpo, e, como demonstra a *Ética*, a ordem e conexão das idéias é a mesma ordem e conexão das coisas. (Chauí, 1999, p. 51).

Se a mente é a idéia do corpo, e, neste caso, o corpo é a extensão como um todo, não há qualquer razão para sustentar o princípio cartesiano de separação entre mente e corpo. Pelo contrário, o espírito somente pode existir na relação. Constitui-se, assim, uma “ontologia espinosana”, diferente da cartesiana, pela qual a possibilidade da construção do conhecimento está colocada na conexão e relação entre as idéias e as coisas, lembrando que a natureza da conexão na mente é a mesma que a conexão entre as coisas. O olho imanente ganha movimento na tensão epistemológica entre o olho de fora e o olho de dentro. Chauí, falando sobre

o corpo visto pelas lentes keplerianas em perspectivas macro e micro, assim se expressa: “Imerso no mundo, o olho o pressupõe e o percorre em todas as direções, numa mobilidade ilocalizada e ilocalizável: doravante, o movimento é mais importante do que o ponto de vista”.(CHAUÍ, 1999, P. 51).

O olho imanente segue o caminho inverso da Medicina Fragmentária, que fixa o olho num foco, cria um lócus específico, o local próprio do foco na parte. Esse tipo de olho não se desloca mais desse lugar; apenas é levado pela torrente das fugas tecnológicas para frente. Já o olho imanente circula, se movimenta, se aprofunda. Nesse caso, o ponto de vista externo se beneficia de toda essa movimentação. Explorar diferentes planos, outros níveis, ajuda o cogito que se reconhece como idéia do corpo. O olho solipsista, como ponto de vista externo por excelência, é que não suporta essa viagem ao mundo da complexidade.

Odalci: *E nessa cena, assim, como que tu vês o mundo dela, porque tu estás na casa dela, não é. Onde começa o mundo da vida dela, ou isso não tem um limite, como tu consegues ver ela e seu contexto?*

Mário: *Tu podes me retirar, que ainda vai ter significado; mas, se retirar ela..., não tem jeito; na verdade, é uma coisa da, uma das coisas. Talvez a foto seja interessante por causa desse negócio da luz e (interrompe a fita), que a luz está do lado de cá, de lá para cá, então pega ela, né. O que eu estou captando é um reflexo; tem muita coisa assim como se fosse uma projeção, a projeção da imagem dela; eu sei que eu não vou conseguir, não seria possível abarcar esse mundo; o que eu estou tentando é pegar pedaços desse mundo para poder entendê-lo, né; na verdade é isso, é o que a gente faz; a luz vem de fora aqui e passa por ela e eu só vejo uma parte; eu vejo esse reflexo aqui, essa luz que passa.*

Uma imagem que captura muitos sentidos. Existem muitas partes para serem consideradas. O esforço de compreensão é a busca da conexão entre as partes para haver entendimento do todo. É uma constante busca de unir pontos, de enxergar tonalidades, de ouvir tons diferentes, dissonantes, que, no conjunto, podem encerrar significados específicos. Não ignorar cada imagem nova que um outro ângulo de luz pode desvelar é um dos segredos de uma máscara flexível e permeável, que o olho imanente do médico não pode ignorar. Alguém poderia concluir que tudo deve ser capturado para compor o entendimento. Sim, tudo aquilo que permite a costura entre as coisas para formar uma idéia verdadeira, em sentido espinosano. Como consequência, teremos a possibilidade constante de fazer reconstruções holonômicas, onde as partes adquirem sentido somente se forem entendidas em relação com uma totalidade.

Uma outra questão se refere à possibilidade de compreender o paciente integrado no seu cotidiano, no seu modo particular de vida: Como é que a vida da paciente está ali presente? Quanto da sua vida ela carrega no corpo? Que representações sociais ela incorporou na sua fala, no seu gestual, no seu modo de ser? Muita atenção é necessária para entender alguma coisa disso. Sem dúvida, é um momento propício para se perguntar: Será que um médico, embarcado numa rodinha acelerada por um sistema que está fora de seu controle, consegue a concentração necessária para perceber todo o espectro de cores, sons, sensações da vida?

Odalci: *A luz ali projetada..., ela projeta uma imagem, ela tem um sentido de clarear mais algumas coisas ali, enquanto que outras permanecem mais escuras Uma luz que consegue produzir esse tipo de textura tem algum sentido epistemológico?*

Refiro-me à luz como iluminação do objeto, como possibilidade de enxergar mais coisas; coisas diferentes que estão escondidas para o olho do senso comum. Estou falando da luz elevada à condição de iluminar e se imanente no objeto.

Mário: *Não sei, a luz para mim, até porque eu gosto de fotografia, quando eu olho esse negócio, eu só vejo duas coisas que aí é o olhar viciado, condicionado pela coisa, que é o calor que é uma luz matinal, então é uma luz quente, que junta com o vestido vermelho dela e a minha roupa cor de vinho que aquece a foto, ela é uma foto quente, ela tem calor que é o calor que tem a ver com a imagem que está ali dada, né.*

Os efeitos especiais da luz realçam o calor da relação humana. Trata-se de uma foto quente, cheia de vida pulsando; um impressionismo propriamente humano⁸⁸, profundamente humano, deixando-se capturar pela lente para perceber todas essas nuances que uma luz pode produzir.

Odalci: *Propriamente um calor humano...*

Mário: *É, acho que é o calor da relação; é o calor, exatamente, humano, o calor feito das relações e da vida dela também; provavelmente, ela tem muita coisa para queimar, vamos dizer assim, tem muita vida para queimar. E a outra coisa é que essa luz é muito lateral; assim ela dá muito volume; então as rugas da mão dela ficam muito fortes, e toda ela tem um volume especial; dá uma sensação assim. Ela preenche a imagem, cria esse preenchimento que tu tens uma luz que vem de trás da câmera; ela chapa, né, dá uma chapada na foto; ela não cria esse volume que tu enxergas na foto, que isso aqui é chapado, né; mas como tu crias essa profundidade, então toda luz que não é lateral, ou é chapada ou luz de cima, ela*

⁸⁸ Referência ao impressionismo da pintura francesa, que valoriza sobremaneira os contrastes da luz sobre a natureza.

perde essa profundidade; então, essa luz lateral, ela cria esse claro e escuro e esse volume; então, o que eu consigo, é o calor e o volume, essas duas coisas que criam significados da foto; então, a luz não exatamente o que clareia, mas a luz também é o que produz a sombra, a produção da sombra que dá a sensação de volume; então esse contraste claro e escuro que produz o volume, porque se tu tivesses uma luz clareza total, a clareza total ela perde; então talvez o mais epistemológico seja a diferença entre o claro e o escuro que dá essa sensação de volume que eu consigo enxergar. É minha opinião viciada de apaixonado por fotografia... Eu consigo enxergar isso assim.

O olho imanente na foto também mostra a tensão interna do olho de dentro da pintura holandesa, que aparece no detalhamento do olho em movimento de Vermeer, "... cujo olho kepleriano é desenhista e cartógrafo".(CHAUI, 1999, p. 55), e na profundidade dramática de Rembrandt.

Em Rembrandt, a dramaticidade profunda aparece nos contrastes entre os claros e escuros no jogo de luzes e sombras, como nos fala Chauí: "Em Rembrandt a dramaticidade é trazida pela maneira que os contornos das personagens estão afogados na sombra, e somente luzes interiores as definem e animam". (CHAUI, 1999, p. 54). Na foto do Mário com a paciente, o efeito da textura é produzido pela luz multifocal, principalmente de incidência lateral penetrando por todos os cantos da casa, criando visibilidade para o pulsar da vida.

Segundo Chauí, a luz em Rembrandt assume uma condição epistemológica: ela revela e se revela; é vista e permite ver um objeto mergulhado na escuridão do não saber; e, mais do que isso se incorpora no objeto revelando novos significados.

O que torna única a luminosidade peculiar dos quadros de Rembrandt... é o modo como a luz se irradia das próprias figuras humanas, dos objetos e dos lugares, e, ao mesmo tempo, origina-se na própria atmosfera, vinda de toda e de nenhuma parte, condensando-se em

fulgurações que desfazem os contornos do desenho, impondo regiões totalmente obscuras ou semi-obscuras como se estivessem à espera de iluminar-se e de iluminar, na iminência de uma visibilidade que não depende apenas do olho, mas da conjunção entre ele, como potência de ver, e uma força interna às coisas que faz visíveis por si mesmas. (Chauí, 1999, p. 54).

Em Vermeer, segundo Chauí, “o sentimento de repouso, equilíbrio e infinidade é traduzida pelo jogo do contraste de cores diminuídas ao máximo”. (Chauí, 1999, p. 53 e 54).

Na foto do Mário e da paciente, também é perceptível um sentimento de repouso, equilíbrio e infinidade. Só que ele não é resultado do contraste de cores; é resultado, fundamentalmente, de uma modulação do tempo. Trata-se de um tempo com uma duração lenta, densa e intensa. O efeito da lentificação do tempo cria uma noção de serenidade no ritmo da vida. Não há indicação de qualquer mecanismo de aceleração ou sinal de apressamento. Uma senhora idosa na duração adequada ao seu ritmo de tempo, expressando com intensidade a infinitude da vida. O tempo infindo da paciente anciã sendo acolhido no espaço do médico que, por sua vez, fica no freio da rodinha para se adaptar ao ritmo da paciente. Trata-se de uma celebração à vida, uma vida sem limites, uma vida que não se torna descartável. É no equilíbrio das duas noções sincrônicas de tempo que repousa a relação de mútua compreensão e do pleno reconhecimento do outro.

Chauí continua destacando diferenças na tensão epistemológica do olho Kepleriano entre Rembrandt e Vermeer. “A placidez de Vermeer... explora a potência do olho.... e o olho está em movimento”. (Chauí, 1999, p. 54). Na foto do Mário com a paciente, mais uma vez a caracterização da potência do olho e sua movimentação não estão na cor. O esquadrinhamento do espaço com demarcação detalhista cria um conjunto de pequenas peças bem compostas. Exemplo disso é a texturização das rugas no antebraço, a mão fechada, a expressão do rosto e o rodo

em posição de trabalho encostado no sofá. Essas características já são suficientes para perceber que o olho, para ser potente, precisa se movimentar na cena. Cada parte mostra sua riqueza nos mínimos detalhes. Mas, a sinfonia da vida é perceptível pelo olho em movimento, costurando cada parte com outra para compor um todo.

Odalci: *Essa foto permite ser vista de vários ângulos. Ela te dá essa sensação de tu a estares vendo de vários pontos?*

Mário: *Não sei, nunca pensei sobre isso. A primeira vez que eu vi a foto, eu não vi ela total; eu vi só uma parte dela, era justamente o detalhe central da foto; mas eu acho que, mesmo olhando a foto como um todo, no final ela puxa o teu olhar pro centro, até pela questão da luz. Ele conseguiu – e eu acho que isso é coisa bem de fotógrafo mesmo – enquadrar o motivo. Tem esse elemento que é o rodo aqui do lado, que também conta uma história. Esse rodo conta uma história, mas essa inclinação que ele dá, ele puxa o olhar dentro, então, para dentro desse acontecimento que é a conversa, a fala dela e a minha escuta. Essa interação que eu estou tendo com ela. Então, não sei, não sei o que tu pensas quando tu dizes “vários ângulos”, mas acaba puxando, focalizando no olhar aqui. Então, para mim sempre puxa o olhar para cá. Aqui é o que está acontecendo; aqui junta o rodo, aqui o meu corpo inclinado, fica o centro nela, nessa fala dela. Não sei se dá para imaginar ela olhando de outros ângulos.*

Onde está o foco central dessa foto, e que significados podemos construir a partir da identificação desse foco central?

O Cenário como um todo é constituído de várias partes. Em primeiro plano, aparecem a paciente, o médico e o contexto da vida da paciente. Num plano bem

secundário, aparece a maleta aberta do médico. Em sentido mais geral, poderia se falar de um encontro de duas perspectivas, de dois contextos de vida diferentes.

O jogo de luzes produz uma ênfase sobre o mundo da vida da paciente e deixa, em pouca evidência, o instrumental médico que está guardado na maleta. Do aparato médico, apenas o estetoscópio está na cena principal, em posição de espera, mas não aparenta ser uma espera tensa, nervosa. Não é por esse instrumento que o médico opera a captação das mensagens que vêm da paciente. O que a luz mais destaca na pessoa do médico é sua orelha, seu rosto que está inclinado em direção à paciente, a mão direita caída segurando o estetoscópio. A orelha e o olhar inclinado sobre a paciente remetem à idéia de escuta, de atenção, de aguçamento dos sentidos na busca do outro, de um contato, de uma percepção com sentido. A mão caída dá a idéia de descanso, de calma, de relaxamento.

Ao olhar a foto de um pouco mais longe, tenho a impressão de que a imagem mais chamativa é a da paciente, isso por três detalhes significativos: O primeiro, pela cor do vestido e do cabelo branco; são contrastes de cor que prendem a atenção do olho. O segundo detalhe é a mão esquerda da paciente, de punho cerrado, expressando alguma coisa. E o último é a posição central da paciente entre o rodo, que está em posição de descanso do trabalho, e o médico.

Entretanto, do ponto de vista espinosano, o foco central da foto está na relação entre o médico e a paciente: ela fala e o médico escuta; ela expressa alguma questão com o punho cerrado, e ele está atento; ela clama por uma velhice digna, e ele coloca um braço num semi-abraço que acolhe; ela precisa urgente de um tempo lento para alongar a vida, e ele demonstra calma e serenidade; ela mostra seu mundo humilde, e ele se inclina e capta toda a dignidade da vida, independente de adjetivos. A luz privilegia o mundo da vida da paciente valorizando cada aspecto,

enquanto esconde o aparato tecnológico do médico, da mesma maneira como a luz evidencia os aspectos sensoriais do médico e da paciente, que comandam a relação, a comunicação, as possibilidades de compreensão, recuperando a centralidade humanística da relação médico-paciente.

Uma leitura apressada do último parágrafo poderia sinalizar para uma interpretação idealista⁸⁹ dos pressupostos espinosanos, interpretação esta que ficaria reforçada caso fosse lido, em separado, uma parte do Escólio da Proposição XXXV da Ética IV.

Portanto, que os satíricos ridicularizem quanto quiserem as coisas humanas detestem-nas os teólogos, louvem os melancólicos, quanto puderem a vida grosseira e selvagem, e condenem os homens e admirem os animais, eles experimentarão, no entanto, que os homens, por mútuo auxílio, obtêm muito mais facilmente aquilo que necessitam, e que não podem evitar os perigos que os ameaçam de todos os lados, a não ser pela união das forças. (Espinosa, Vol. II p. 181).

No entanto, pretendo mostrar que há princípios espinosanos que demonstram um caminho de razoabilidade⁹⁰ ontologicamente construída em relação ao outro, estabelecendo uma primeira e importante diferença com a racionalidade solipsista cartesiana.

Em primeiro lugar, a razão Espinosana não pode ser pensada tomando-se o indivíduo de forma isolada, fora do seu contexto sócio-histórico. O sujeito da Razão Espinosana é um homem em relação com outro ser humano, como ele mesmo define no Corolário I da Proposição XXXV, na Parte IV da Ética:

⁸⁹ Idealista, não no sentido de que a obra espinosana seja idealista (como aparece na crítica Marxista ao idealismo hegeliano), mas que ela permite uma análise da realidade que conduziria a certo idealismo romântico.

⁹⁰ Utilizo o termo razoabilidade, ao invés de racionalidade, no mesmo sentido definido por Sartori, “A racionalidade caracteriza o pensamento, a razoabilidade o viver, melhor dito, o conviver. Digamos o seguinte: a racionalidade habita o reino da razão pura; a razoabilidade, o reino da razão aplicada”. (Sartori, 1979, p. 110). Assim, passo a usar os termos Racionalidade Espinosana e Razoabilidade Espinosana, ou simplesmente Razoabilidade com o mesmo sentido.

Mas o homem age absolutamente segundo as leis da natureza quando vive sob a direção da Razão e, só nessa medida, está sempre necessariamente de acordo com a natureza de um outro homem; logo, não há, entre as coisas particulares, nada mais útil ao homem do que um homem. (Espinosa, 1989, Vol. II, p. 180).

Não se trata de uma relação qualquer ou desprovida de sentido. Assim, agir, pela Razoabilidade Espinosana, implica também uma questão de conhecimento do outro, uma relação com o outro, tendo, como base, a virtude. Esta, pela definição VIII da Parte IV da Ética, “é a própria essência ou natureza do homem”. (Espinosa, 1989, Vol. II p. 164). Dessa maneira, agir por virtude implica na possibilidade de construir conhecimentos, estando mergulhada dentro do mundo da natureza, como nos explica Espinosa na Demonstração da Proposição XXIV da Parte IV da Ética.

Agir absolutamente por virtude não é outra coisa que agir segundo as leis da própria natureza. Mas nós agimos na medida somente em que conhecemos. Logo, agir por virtude não é outra coisa, em nós, que agir, viver, conservar o seu ser sob a direção da Razão, e isto segundo o princípio da procura de sua utilidade. (Espinosa, 1989, Vol. II, p. 175)

Tornando seu pensamento mais explícito, o mesmo autor postula que agir pela razão não é nada mais do que a alma conseguir alcançar a condição de conhecimento como princípio ontológico. É isso que ele afirma na Proposição XXVI, Parte IV da Ética: “Tudo aquilo por que nos esforçamos pela razão não é outra coisa que conhecer; e a alma na medida em que usa da razão não julga que nenhuma outra coisa lhe seja útil, senão aquela que conduz ao conhecimento”.(ESPINOSA, 1989, Vol. II P. 176).

Entretanto, somente conhecer o outro não é suficiente, mesmo que seja um conhecer baseado na virtude espinosana, a qual opera dentro da perspectiva das “leis da própria natureza” que está colocada numa relação de imanência. Dessa maneira, também a partir da perspectiva do conceito de imanência, podemos apontar a compreensão como mais um elemento que torna inteligível a

Racionalidade Espinosana. Isso podemos depreender da Demonstração da Proposição XXXVI, na parte IV da *Ética*:

Agir por virtude é agir sob a direção da Razão e tudo o que nos esforçamos por fazer pela Razão é compreender e, por conseguinte, o bem supremo daqueles que seguem a virtude é conhecer a Deus, isto é, um bem que é comum a todos os homens e que pode ser igualmente possuído por todos os homens, enquanto eles são da mesma natureza. (Espinosa, 1989, VOL. II p. 181).

Como foi visto acima, a Racionalidade Espinosana teve seus pressupostos definidos na *Ética*. Assim, “agir na direção da Razão” exige levar em consideração o outro como uma necessidade propriamente ética, o que também implica conhecê-lo e compreendê-lo na ordem devida, pois são da mesma natureza. Esses princípios da ética espinosana têm um caráter genérico, próprio da natureza e dos ditames gerais da ética. Todavia, é no Tratado da Correção do Intelecto que esses princípios adquirem um sentido de aplicação prática e efetiva para orientar a vida das pessoas na busca do verdadeiro bem:

O sumo bem, contudo, é chegar ao ponto de gozar com outros indivíduos, se possível, dessa natureza. Qual, porém, seja ela mostraremos em seu lugar, a saber, o conhecimento da união que a mente tem com toda a Natureza. Este é, portanto, ao fim ao qual tendo: adquirir uma natureza assim e esforçar-me por que muitos a adquiram comigo; isto é, pertence também à minha felicidade fazer com que muitos outros entendam o mesmo que eu, a fim de que o intelecto deles e seu apetite convenham totalmente com o meu intelecto e o meu apetite. E para que isso aconteça, é preciso entender tanto da Natureza quanto baste para adquirir semelhante natureza; a seguir, formar uma tal sociedade como é desejável para que o maior número chegue a isso do modo mais fácil e seguro. (Espinosa, 1989, VOL. I p. 45).

Nesta referência espinosana encontram-se algumas questões que dizem respeito a esta tese; por isso, merecem alguns comentários adicionais.

Mais uma vez encontramos a reafirmação de que gozar a vida é um ato de relação⁹¹ com outros indivíduos. Portanto, em Espinosa, a busca da felicidade não

⁹¹ Neste caso, utilizo o termo “relação” no mesmo sentido em que ele foi definido por Brod, na “Caracterização ontológica da relação”. (BROD, 2002, p. 26). O reverso do diálogo verdadeiro na

pode ser pensada como uma prerrogativa puramente individual. Acredito que, nesse ponto, há uma controvérsia “exegética”⁹² em relação à idéia de felicidade, suscitada por algumas leituras espinosanas feitas a partir de pontos de vista pós-modernos⁹³ que idealizaram a realização individual como objetivo de felicidade. Conforme essa visão, o ser humano busca a felicidade e o gozo sem fazer referência ao outro; ou seja, pode cair num hedonismo em que o gozo passa a ser uma fruição pessoal de felicidade sem considerar o que isso significa para o outro. A visão que defendo, em sintonia com Espinosa, é justamente a contrária. Segundo esse filósofo, a busca da felicidade é uma obra que os seres humanos constroem numa relação solidária. E, para atingi-la, o ser humano precisa estar em comunhão com os outros seres humanos e trabalhar para que também eles cheguem à condição de entender ou compreender a natureza, sabendo que isso somente é possível pela união da mente com toda a natureza, na qual estão incluídos os outros seres humanos. Portanto, o

relação é o monólogo como define esse autor: “De qualquer sorte uma persistência em monólogos intrapessoais correria o risco de transformar os monólogos em fechamentos ao Outro e ao mundo, caracterizando-se perigosamente como ensinamentos narcisísticos e solipsistas, assim como os monólogos travestidos de diálogos obstaculizam as verdadeiras relações ‘Eu - Tu’ ou ‘Eu - Outro’.” (BROD, 2002 p. 36 e 37).

⁹² Espinosa tem sido objeto de uma leitura ecumênica, parecido com as diferentes interpretações da bíblia. Usando a metáfora da interpretação bíblica, a exegese de Espinosa não é unívoca e nem biunívoca; ela é polissêmica. E, talvez, sejam interpretações alternativas em disputa, entre as quais uma poderá se tornar hegemônica, com mais potência interpretativa.

⁹³ Segundo Brod, na filosofia os dois autores consensualmente indicados como sendo os precursores da pós-modernidade são Heidegger e Nietzsche. Do primeiro, o autor diz que “constatou que o homem, ao proclamar-se sujeito, transformou todos os outros seres em objetos”. Submetendo o ser ao poder do sujeito, o pensamento metafísico ocidental estaria abrindo o caminho para o niilismo. (Brod, 2002, p. 207 e 208). Já de Nietzsche, ele indica três idéias basilares: “O niilismo (no que coincide com Heidegger), a depreciação dos valores supremos e fundantes e o desencanto com a vida”. (BROD, 2002, p. 208).

Nas ciências sociais aplicadas a área da saúde, há também uma leitura pós-moderna de Espinosa. Um exemplo encontramos em Aleksandrowicz, quando discute a idéia de felicidade a partir de Espinosa e aponta a felicidade (em sentido abstrato) como objetivo para homens e mulheres. (ALEKSANDROWICZ, 2003). Acredito que a interpretação dessa autora seja pós-moderna na medida em que ela sugere, sem explicitar claramente, que a felicidade é um projeto de vida individual, vivida mais em função do tempo (da duração) e da fruição de sensações narcisistas, sem relação com a conjuntura social e política (do espaço) em que vivem as pessoas. Também pode ser considerado pós-moderno na medida que a fundamentação filosófica desse tipo de trabalho se contrapõe às propostas da Ilustração.

apetite pela felicidade, de acordo com a razoabilidade espinosana, não é viver uma fruição individual num mundo hedonista de sensações e uma busca frenética de prazer egoísta. É, isso sim, a busca do conhecimento verdadeiro do sumo bem, que, neste caso, não é entendido sob o ponto de vista de um dualismo moral entre o bem e o mal, mas como uma potência para a conservação do ser na alegria de viver.

Na foto do Mário com a paciente, tudo o que foi dito acima significa um tempo lento, um tempo que permite a mútua compreensão; é a consideração da vida em toda sua extensão; são as possibilidades de conhecimento verdadeiro; é o trabalho do médico como potência para gerar alegria e apetite de viver e conviver; enfim, é a tensão epistemológica equilibrada entre a subjetividade do tempo como duração na alma e a realidade objetiva da vida no corpo como extensão (o espaço como um todo).

Como a alma é a idéia do corpo e esses dois entes são inseparáveis, a teoria do conhecimento espinosana, necessariamente, não pode se restringir somente ao mundo das sensações da duração, nem ao mundo das diferenças de grau da extensão; mas deve ter a capacidade de considerar as duas dimensões, dando-lhes a mesma importância heurística. Trata-se, portanto, de uma epistemologia espinosana que promove o reencontro do tempo e do espaço, onde a causa está imanente no efeito; onde a causa e efeito não podem ser separados; onde o tempo e o espaço constroem uma estrutura única viva e em movimento. É a síntese do olho de fora tensionado pela razoabilidade espinosana em seu movimento para se transformar no olho imanente desdobrado, no olho kepleriano de Vermeer com sua capacidade de esquadrihar detalhadamente o espaço, e no olho kepleriano de Rembrandt e seu mergulho na profundidade dramática da alma humana.

Odalci: *Uma foto assim captura um momento, cristaliza um momento; ela paralisa; mas agora, olhando a foto de quem está fora, e, no teu entendimento, essa foto suscita para ti a sensação de devir, de vir a ser uma coisa que está viva – ela me fala muito e, nesse sentido é uma coisa que está viva – então tu não tens essa sensação também ao ver essa foto?*

Mário: *É a sensação que eu tenho quando eu digo que ela conta uma história; é que ela conta uma coisa que passou e tem uma coisa que está por vir; então essas duas coisas que a foto, apesar de ser um instantâneo do tempo, te congela o momento, mas ela conta uma coisa antes e uma coisa depois; então, assim, o que tem do antes aqui, o antes é justamente o rodo parado do lado do sofá; ele não estava guardado; ela (a paciente) estava fazendo alguma coisa quando eu cheguei e encostou o rodo e sentou para conversar; então esse detalhe aqui é um detalhe que a gente não se dá conta, por isso que ele conta a história.*

Odalci: *É propriamente o mundo da vida dela em funcionamento cotidiano...*

Mário: *Ela estava fazendo uma coisa e parou para a gente conversar; então, esse é um detalhe, mas conta uma história. E ela está contando; e esse gesto dela conta a história, as coisas dela; ela está contando coisa dela; tem essas duas dimensões do tempo passado e tem tudo o que vai acontecer a partir dali, que aí não tem como registrar; mas, como é uma foto sobre uma conversa, então essa conversa desse diálogo sai alguma coisa depois, e talvez o que dê a sensação de que vai acontecer alguma coisa é que eu estou com o estetoscópio na mão e eu estou ouvindo ela; o estetoscópio está de lado; ele não é um estetoscópio apressado; ele não está no pescoço; ele está na minha mão; ele não está tenso; ele está ali; então, além da conversa, eu vou examinar ela, depois nós vamos fazer alguma coisa.*

Cristalizar um momento não quer dizer que podemos apagar o passado ou ignorar a indicação de um futuro. A foto é intensa em mostrar que o passado tem um registro: ele está ali. A mulher acabou de largar o rodo que era seu instrumento de trabalho. Há indícios que seguramente remetem para o tipo de vida que essa pessoa leva, assim como há indicações de que há algo por vir. Tentar captar um momento como um dado cristalizado, com o tempo paralisado, pode levar a ilusão de que há uma causa cessante. A natureza, a vida humana nunca pode ser reduzida a essa condição, pois os acontecimentos não cessam; apenas se modificam. É a causa imanente no efeito e que não cessa. Assim, temos que uma simples fotografia se deixa ler como história em movimento. A vida que está presente nos gestos da paciente conta uma longa história. Depende de o médico ter capacidade de buscar os indícios que revelam todo o processo saúde-doença.

Odalci: *E ele denota também que não tem pressa; ele não está sendo puxado.*

Mário: *Não, eu não estou colocando no pescoço; ele está ali como uma coisa que vai acontecer ainda, que é para acontecer, que está dentro dessa história.*

Odalci: *Agora, se eu te perguntar: O que transita aqui além daquilo que vocês falavam? Por que tem um trânsito aqui....?*

Mário: *Tem um trânsito...*

Odalci: *Intenso. Eu percebo assim que ali tem uma tensão que é uma tensão de comunicação...*

Mário: *De uma comunicação viva...*

Odalci: *Me fala um pouco como é que aconteceu e agora revivendo isso...*

Mário: *Claro que eu tenho o vício, porque eu estava lá na hora, então eu sei o que aconteceu (risos). A foto tem esse significado especial porque realmente foi assim: ele chegou, o fotógrafo, e a gente foi fazer, e ele perguntou: "O que tu vai fazer?", eu*

disse: “Eu vou visitar uma senhora; se tu quiser, tu pode ir comigo e perguntar para ela.” E primeiro eu perguntei se ela aceitava ser fotografada, e ela disse que não tinha problema nenhum, e ele fotografou. Ele ficou fotografando e eu fiquei atendendo ela; realmente não foi nada encenado. O único elemento encenado que tem aqui nessa foto é a maleta que não aparece; ele pediu para deixar a maleta aberta, que normalmente eu abro e tiro o que eu preciso da maleta; mas no final não fica, embora tenha coisas do que eu trago, ela poderia significar isso e o encontro desses dois mundos; então acho que é uma coisa que talvez possa passar, mas não é o principal, não é o que está rolando aqui. Então, tem assim ... acho que tem assim uma escuta dela; acho que isso é uma coisa que acontece, a posição de escuta, uma escuta atenta, né; não é uma escuta trivial, né; é uma escuta buscando compreender; tem a coisa do respeito para mim; embora eu esteja próximo dela, eu não estou tocando ela, mas estou muito próximo dela; então tem uma coisa de proximidade e, ao mesmo tempo, de respeito; e por isso que o meu vício é meio um pouco assim; talvez isso não aparecesse para uma pessoa que não estava lá. Vamos dizer assim, essa escuta, essa escuta atenta, mas também com muito respeito, coisa que não se consegue captar, não só o respeito, não é o respeito pelo outro simplesmente, mas o respeito pelas coisas dela; eu não estou atirado no sofá; eu estou sentado na ponta do sofá, tentando não evitar o contato, mas também sem estar me intrometendo, que eu estou muito atento para o que ela vai me dar; então acho que é um fragmento de vida que ela está me dando ali; acho que essa é a coisa assim. E acho que ela está numa posição muito confortável assim; essa é uma coisa, ela está confortavelmente sentada, ela está com as pernas ligeiramente abertas; ela está gesticulando e falando mesmo, ela está falando dela, das coisas dela, da dor dela.

Parece não haver dúvidas. Há uma ligação entre o Mário e a paciente. Então eu pergunto: Qual a natureza dessa ligação? Essa pergunta se justifica porque, no olho de fora, a ligação entre o médico e o paciente se dá por duas racionalidades solipsistas. Na perspectiva espinosana, a mente é a idéia do corpo, portanto, o médico está subjetivado na paciente e a paciente se encontra subjetivada pelo médico. O olho imanente – tanto do médico quanto da paciente, mas, nesse caso, falando mais especificamente, do médico – pode penetrar na dramaticidade profunda da duração, buscando as possibilidades de desvelar os segredos da dor e do sofrimento humano, e também pode esquadrihar todos os fatores ecológicos inscritos no corpo do paciente. E, como o paciente não é um ente isolado, mas resultado do seu meio, das condições objetivas da sua vida, o médico pode relacionar as condições de produção da vida com o impacto que elas causam sobre o paciente e sobre todos os pacientes.

Como se trata de uma ligação de duas vias, a paciente também procura coisas no médico. Especificamente, essa paciente parece que procura uma ancoragem, uma escuta, um acolhimento para os problemas de sua vida. Mas também procura auscultar se aquele médico vai entender, vai compreender, vai ser parceiro para ajudá-la na luta pela sua saúde. A busca da compreensão intersubjetiva parece que está reforçada pela posição dialógica em que se encontram o médico e a paciente. Na imagem em análise, não se encontram elementos que indiquem uma hierarquia ou precedência. As condições para uma comunicação adequada estão dadas, ou, como sugiro na pergunta (na seqüência da fala) abaixo, há uma condição de fala. A questão da ligação entre a paciente e o médico também pode ser entendida como comunhão, como compartilhamento na perspectiva da alteridade. Para ocorrer uma comunhão verdadeira, é preciso que o

apetite da paciente encontre exatamente o que ela procura e necessita, esperando-se o mesmo processo por parte do médico.

Apesar dessas condições favoráveis, a capacidade de compreender o outro em plenitude é um objetivo a ser alcançado; é um tipo ideal puro, embora não se realize na prática. Isso nos remete necessariamente ao problema da complexidade para formar uma idéia verdadeira dos problemas de saúde dos pacientes. Reconhecer essas limitações e precariedades no processo de produção de conhecimentos é colocar a ciência na condição da construção de verdades possíveis, parciais, provisórias que, nem por isso, deixam de ter valor; é reconhecer os limites da ciência e das possibilidades de construir conhecimentos inerentes à condição humana.

Odalci: *Ela tem a condição de falar, vamos dizer assim.*

Mário *É, e ela está dando ênfase...; essa mão fechada no ar dá ênfase para o que ela está falando e, ao mesmo tempo, o corpo dela está relaxado; então ela está enfática; ela está confortável com o que ela está falando; ela não está respondendo a uma pergunta simplesmente; ela está realmente falando dela, com conforto.*

Odalci: *E certamente com sentido...*

Mário: *Com sentido e sabendo que eu estou dando importância, por isso eu acho que ela é viva; ela é forte nesse sentido também.*

Odalci: *A condição dessa comunicação é boa para compreender a paciente em seu contexto, suas circunstâncias...*

Mário: *É sine qua non (risos); não tem como...; não consigo imaginar como é que tu consegue compreender uma pessoa sem esses elementos estarem ali na roda, né; sem isso, sem verdade, vamos dizer assim, ser a base da coisa, não consigo...*

Odalci: *Essa é a ordem devida para pensar.*

Mário: *Não consigo imaginar que alguém vai entender uma pessoa sem essas coisas estarem acontecendo.*

Odalci: *Vamos dizer assim: Essa é uma situação ideal, em que tu estás visitando ela na casa dela; e as circunstâncias do mundo dela, do cotidiano, do trabalho, da organização, do mundo do trabalho dela, estão todas aqui na cena, ou boa parte...*

Mário: *Ou, pelo menos, representadas ali, por essa estantezinha improvisada que ela tem ali...*

Existe uma condição de *vida*, uma condição *devida*; é, portanto, uma condição *de-vida* para o médico ouvir a paciente, para a paciente falar, para o médico conhecer a paciente, para a paciente conhecer o médico, para o médico compreender a paciente e ela compreender o médico. Sem essas condições não ocorre uma comunhão verdadeira; não ocorrem trocas intersubjetivas que possam satisfazer o apetite das necessidades do paciente e do médico.

Nesse ponto, vale a pena trazer um relato do Dr. Carlos Grossman. Quando atendia pacientes previdenciários com horário estabelecido para iniciar e terminar, ele precisava atender um número relativamente grande de pacientes. Segundo seu depoimento, no início ele pensava que o tempo disponível para cada paciente não seria suficiente para atender bem, principalmente porque a sua agenda era de pacientes idosos. Entretanto, para surpresa sua, com o passar do tempo percebeu que os atendimentos funcionavam bem, mesmo tendo um tempo menor para cada paciente se comparado com o que ele despendia no seu consultório particular. Também se deu conta que todos os pacientes que atendia retornavam e criaram um forte vínculo com ele. Muitos pacientes demonstravam sua satisfação não somente através de palavras, mas lhe traziam algum presente ou alguma lembrança em sinal de agradecimento e reconhecimento. Isso sempre lhe chamou muita atenção, pois,

embora o tempo despendido fosse menor, conseguia imprimir-lhe certa qualidade, tanto que produzia um resultado surpreendente. (Entrevista nº. 15 com o Dr. Carlos Grossman).

O relato do Dr. Grossman mostra que não há uma relação direta entre a quantidade de tempo linear e a qualidade do tempo na duração. Nesse sentido, cada instante pode ter uma longa duração⁹⁴. Na perspectiva de Espinosa, o conhecimento verdadeiro do amor intelectual – união perfeita entre a alma e toda a natureza – é que determina a qualidade do tempo na duração. Dessa maneira, para que o apetite de conhecer e compreender sejam satisfeitos, há necessidade de a alma identificar as características existentes no espaço – a conexão entre as idéias e as coisas – indispensáveis para ocorrer sintonia⁹⁵ perfeita – em nosso caso – entre médico e paciente⁹⁶.

⁹⁴ Pensando essa questão na perspectiva do Médico na Rodinha, uma atitude quase subversiva seria esse médico apostar na qualidade do tempo na duração, para readquirir algum grau de autonomia sobre uma parte do seu tempo, já que o tempo linear não lhe pertence.

⁹⁵ A palavra sintonia pode identificar harmonização na relação com o outro, escuta, embora etimologicamente “sintonia” (sýn- prefixo grego = ação conjunta + tono do latim = som) remeta à sintonização de frequência de sons. Nesse caso, a audição identifica sons que desencadeiam o prazer do apetite satisfeito, no sentido da felicidade espinosana. Para uma discussão mais aprofundada sobre a questão da audição e sintonia com os sons para entender a inteligência humana, ver Simpson (1990).

Por outro lado, o termo “sintonia” também pode ser associado a uma linguagem do corpo, quando o prefixo “sýn” é associado à raiz “tonos” do grego, ou “tonus” do latim. Nesse caso, se formaria uma “tensão” corporal sintonizada gerando uma atenção intersubjetiva capaz de produzir entendimentos além daqueles conhecidos pela linguagem coloquial. Ver Csordas (1993).

⁹⁶ Numa das minhas entrevistas, um médico fala desse momento em que o médico entra em entendimento com o paciente como sendo o grande momento da verdade: “Meu grande ponto de partida é a relação; é onde tu consegue estabelecer um nível de troca com a outra pessoa; e o grande elemento dessa questão é o que hoje chamo de ‘verdade’, de ser verdadeiro”. (Entrevista nº. 1 de um médico). O entrevistado deu muita ênfase à palavra verdade. Na escuta da gravação, é possível ouvir três batidinhas na mesa, que ele produziu com o dedo indicador flexionado batendo na mesa, enquanto dizia lentamente – “verdade, de ser verdadeiro” – Isso me chamou muita atenção. Mais adiante, na mesma entrevista, retomei a questão, quando ele respondeu que essa verdade é “justamente a sensibilidade, o perceber-se como humano dentro do mundo; e ter um real sentimento de solidariedade humana é o que determina isso; é tu perceber o outro e é se envolver. É propriamente um senso de raça humana”. O mesmo tipo de sintonia discutido para a relação médico-paciente pode se estabelecer na relação aluno-professor.

Como a questão da qualidade do tempo na duração também tem relação com as teorias do conhecimento, mais uma vez fica evidenciada a necessidade de haver certo equilíbrio na tensão epistemológica entre tempo e espaço onde a realidade objetiva da vida precisa ser considerada e reconhecida. Além disso, não podemos ignorar a maneira como essa mesma realidade é subjetivada pelas pessoas. Essa é a esquina do encontro das diferenças de grau existentes no espaço e as diferenças de natureza existentes na duração; o encontro da qualidade com a quantidade, do subjetivo com o objetivo. Não é o olho de fora sozinho, nem o olho de dentro sozinho: é o olho imanente – o olho de fora imanente no olho de dentro – que consegue espiar da esquina tempo/espaço para costurar as nervuras que ligam as coisas entre si – e elas, como um todo, com a alma – para podermos entender espinosamente o porquê de a alma ser a idéia do corpo.

Odalci: *Assim, como tu falou antes, a tecnologia não necessariamente precisa impedir o médico de construir uma boa relação; ela, saindo desse ambiente e indo no teu consultório, de alguma forma ela carrega isso; é possível reconstituir isso, é possível construir isso?*

Mário: *Tu falas do consultório? Não.*

Odalci: *Como é que o médico faz para, pelo menos, capturar parcelas disso? De que maneira? Como é que ele consegue fazer isso?*

Mário: *Só no consultório, não consegue. Exclusivamente no consultório, não consegue. Tu podes ter noções; intuir a experiência de vida ajuda muito; acho que essa é uma das vantagens em ficar velho; tem que ter alguma (risos)...; tu ter experiência, a experiência ajuda a imaginar essas coisas; ter estrada ajuda nessas coisas, mas, na verdade, tu não consegues, porque, se tu não visitaste ninguém na casa, tu nunca vais conseguir compreender isso.*

Odalci: *Tu disseste que o mundo tem uma inteireza e que tu, no máximo, poderias buscar fragmentos dele.*

Mário: *Sim, quando os alunos vão para o nosso estágio, eles percebem isso completamente diferente: o paciente internado é uma coisa, e o paciente no consultório é outra; quando eles têm oportunidade de conhecer o paciente em casa, eles dizem: “Eu nunca imaginei que as pessoas viviam assim”. É o que eles fazem quando vão lá conhecer. Então a gente tem algumas experiências relatadas: aquele menino que fez um parto aqui e, depois, quando foi o último dia no estágio dele na obstetrícia, ele fez um parto, nos últimos dias; e depois, lá um mês, 29, 28, virou o mês, ele foi para comunidade; e, na primeira semana na comunidade, tinha uma visita de recém nascido, e ele foi fazer: era a mãe que ele tinha feito o parto; ele foi ver a mãe na casa e ele voltou chocado, né; ele tinha feito o parto aqui, asséptico ...*

Odalci: *Asséptico no sentido, assepsia de germes ...*

Mário: *Não só, porque aqui está tudo certinho, tudo “clean”,...*

Odalci: *Inclusive do mundo da vida...*

Mário: *Inclusive do mundo da vida; e aí ele foi conhecer o mundo da vida... e aí ele ficou chocado; ele jamais imaginava que aquela mãe que era uma mãe muito organizada, que cuidava muito bem do seu bebê, que estava limpinho; ele foi lá, visitou o nenê, estava limpinho, mas a casa era uma casa de gente muito pobre, que tinha uma torneira na casa inteira e que aquela torneira era para tudo, e aí assim, como é que ... ficou chocado, inclusive que ela cuida muito bem; ele ficou impressionado como ela conseguia cuidar bem, mesmo dentro das condições que ela tinha; mas como era terrível a vida dela, as condições de vida dela; jamais imaginava que ela tivesse todas as dificuldades que ela tinha para fazer aquilo, para ele o normal; que ela seria normal, ele descobriu que ela não era normal, mas que*

ela tinha toda uma luta para ser normal; e puxa! isso é uma coisa que tu não tem como aprender fazendo só consultório ou só hospital; então, o médico que atende só no hospital não consegue entender a vida; ele vai ter fragmentos, McWhinney (MCWHINNEY, 1996) fala isso, ecologia, né; o médico de família é um ecologista natural, ele usa essa expressão, não tem como entender ecologia só tirando partes.

Odalci: *Extraindo do meio...*

Mário: *É, tirar o bichinho e estudar o bichinho... e não vai conhecer a ecologia; não tem como saber; tem que estudar o resto, né, estudar o meio; o meio é tão parte da pessoa quanto a pessoa, né. Então, para mim, não tem...*

Odalci: *Muito bem, Mário. Eu estou muito satisfeito.*

4. 3. 2. OS SENTIDOS E O SENTIDO ESPECIAL DA ESCUTA MÉDICA



A fotografia acima é o Dr. Carlos Grossman sentado em seu consultório médico. Tirei essa foto ao final de uma longa⁹⁷ entrevista. No momento em que lhe solicitei para fotografá-lo, fiquei um tanto constrangido ao perceber que ele estava sentado na cadeira reservada aos pacientes e indicara a cadeira dele para eu me sentar. Percebendo o meu embaraço, o Dr. Grossman explicou que sua mesa não apresentava uma diferenciação muito clara sobre locais próprios para paciente e médico.

⁹⁷ Tanto no tempo linear como alongada na duração.

Mais tarde passei a entender um pouco melhor a razão daquele posicionamento, cuja chave é a escultura de uma orelha sobre a mesa, que também aparece na fotografia. É perfeitamente possível verificar para que lado a orelha está virada. Na conversa final, após a entrevista, me dei conta de que o meu entrevistado, propositadamente, tinha indicado para eu me sentar na posição de escuta, atrás da escultura da orelha, enquanto ele ficara na posição de quem fala numa consulta médica ou numa entrevista.

Após analisar mais detalhadamente a gravação da entrevista, percebi melhor a importância central que o Dr. Grossman dá ao sentido da escuta e ao conjunto de percepções relacionadas a todos os sentidos. Para isso, contribuiu sua explicação, em detalhes, dos significados simbólicos de uma “pintura-escultura” que ele recebera de presente do artista plástico Vasco Prado. Também essa obra encontra-se em evidência numa das paredes de seu consultório, aparecendo, numa montagem em miniatura, no quadrante superior direito da fotografia acima. Trata-se da representação imagética de todos os sentidos humanos.

O Dr. Grossmann me falou que recebera esse presente de Vasco Prado por ter sido médico assistente da esposa do artista, o qual costumava ficar ao lado da esposa durante as consultas. Por ocasião da entrega desse presente, Vasco Prado teria dito que a obra era resultado de suas observações sobre o trabalho do Dr. Grossman. Portanto, trata-se de uma homenagem especial do artista em que ele manifesta o reconhecimento pela dedicação do médico, concretizada num trabalho artístico que ressalta as qualidades presentes na utilização de todos os sentidos para “perceber” o paciente como um ser humano que expressa suas dores e sofrimentos por um sistema de comunicação altamente complexo. Nessa obra, a sensibilidade do artista demonstra que a arte e a ciência fazem mais sentido quando

o médico consegue perscrutar o paciente em todas as suas dimensões; entretanto, para isso é necessário que utilize todos os seus sentidos.

O Dr. Grossman, pela importância histórica e afetiva que tem com a especialidade “Medicina de Família e Comunidade”, já foi alvo de diversas homenagens. Uma delas está registrada, em placa de bronze, na Unidade Parque dos Maias do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Quando lá visitei alunos do Internato de Medicina Social de nossa faculdade, em estágio oficial na referida unidade, tive a oportunidade de ler as “Máximas do Grossman”, as quais imediatamente instigaram minha curiosidade para descobrir os significados de cada uma daquelas frases. Assim, a entrevista com o próprio autor das “máximas” foi uma boa oportunidade para abordar esse assunto, que, inclusive, se mostrou um elo articulador entre questões empíricas e teóricas. Para este estudo, escolhi duas das quatro “máximas” para uma abordagem mais detalhada. São elas: “O cliente sempre tem razão” e “O paciente sempre diz a verdade”.

A primeira observação que o Dr. Grossman fez sobre esses dois princípios é que sempre há uma exceção. Assim, o “sempre” do enunciado precisa ser relativizado. Ele optou por esse termo para dar ênfase à idéia de que a medicina deve ser centrada no paciente.

Outra explicação preliminar se refere ao uso das palavras “cliente” e “paciente”. A primeira foi buscada pelo Dr. Grossman na área das relações comerciais, de onde ele copiou a frase: “O cliente sempre tem razão”. Já a palavra “paciente”, oriunda da área médica, segundo seu depoimento, estaria muito vinculada à idéia de passividade do doente; por isso ele não gosta de usá-la.

Os comentários sobre os dois princípios do Dr. Grossman, a serem apresentados a seguir, levam em consideração não só elementos da entrevista

realizada, mas também observações que fiz sobre a entrevista, com registro em separado, bem como questões teóricas da presente tese.

Afirmar que o paciente (ou cliente) sempre tem razão e sempre diz a verdade é uma maneira sutil de apresentar uma contraposição a um modelo diferenciado de medicina. Mesmo que não seja explicitado pelos médicos do modelo fragmentário e do olho no foco, existe, nesse campo, uma definição de que a verdade sobre o problema do paciente se encontra na razão solipsista do médico. Se o critério de verdade se encontra no cogito solipsista cartesiano pela utilização de um mecanismo de encaixe de pequenas peças nos escaninhos taxonômicos dos quadros nosológicos, o papel do paciente é fornecer, de forma correta, os dados necessários para preencher protocolos diagnósticos, submetendo-se à entrevista, exame físico e exames complementares. No final do processo, o médico terá em mãos um diagnóstico, uma doença, uma lesão, uma síndrome. Nessa passagem, o médico abandona o indivíduo e se fixa num rótulo classificatório, externo ao paciente, o qual se transmuta, por exemplo, “no portador da Pneumonia Estafilocócica do leito 405”.

O olho tecnológico da hipertransparência do corpo orgânico do paciente realiza dois movimentos: De um lado, fazendo uso das lentes do olho no foco, captura, com precisão, as lesões que caracterizam determinada doença. De outro lado, porém, engendra uma completa intransparência da alma do paciente, desnudando o ser humano dos seus conteúdos propriamente humanos, para transformá-lo no “Homen Orgânico”. Esse duplo movimento semiológico significa, ontologicamente, que os dois “seres”, a doença enquadrada numa parte do corpo do paciente e o “Homen Orgânico”, são “entes de razão reificados”.⁹⁸ No plano

epistemológico, corresponde à ordem própria do pensamento cartesiano do “cogito ergo sum”, da fragmentação do objeto e reconstrução solipsista e taxonômica de nosologias.

Costurando os fios soltos do novelo aberto acima, podemos capturar novos sentidos. As conclusões ontológicas e epistemológicas feitas acima sugerem significados diferentes para os dois sub-campos da medicina em discussão, sobretudo se forem tensionadas com as máximas do Dr. Grossman.

Para o sub-campo fragmentário, o foco do conhecimento, na relação sujeito-objeto, se encontra na racionalidade solipsista do médico, local onde ele constrói sua verdade. O critério final dessa verdade está no encaixe dos dados objetivados oriundos do paciente (seu objeto), dentro de um modelo abstrato construído a priori. Depois de colhidos os dados, a razão médica se fecha em si mesma, assumindo a condição de sujeito da relação de conhecimento. Essa operação, portanto, concretiza a separação entre sujeito e objeto.

Dando um passo adiante nesse processo, percebemos um estreitamento de foco, tanto no sujeito quanto no objeto. O sujeito da relação de conhecimento do olho médico especializado – ou super-especializado – é portador do conhecimento de uma parte do paciente. Na perspectiva do paciente, como objeto dessa relação, o recorte se dá na parte, na doença, ou, na melhor das hipóteses, no “Homen

⁹⁸ Do ponto de vista ontológico, um “ente de razão” somente existe no espírito, e, no caso em discussão, no espírito do médico. O “ente de razão” do qual estou falando é a Pneumonia Estafilocócica do leito 405, instalada no “Homen Orgânico”, que é o paciente internado no hospital onde se encontra o referido leito. Na perspectiva que adota a teoria de conhecimento cartesiana a pneumonia, acima referida, é um “ente de razão” lógico. Ele faz parte de um modelo de construção de verdades perfeitamente legítimo no referido modelo. O “ente de razão” é a objetificação cirúrgica para dentro do espírito do médico, operado pelo modelo classificatório de doenças. Os dados do paciente são cristalizados, paralisados na duração e transferidos no processo de objetivação. A relação entre médico e paciente é mecanicista, sendo neutralizado o que não se enquadra no modelo. O objeto recortado pelo médico, quando transferido para o espírito do médico, equivale aos dados objetivos da realidade. É nesse processo de alienação (no sentido hegeliano) que posso falar em “ente de razão reificado”, na medida em que partes são retiradas de um todo, como se independentes fossem.

Orgânico”. Em outras palavras, quanto mais focal e aprofundado o conhecimento do especialista, ou ainda, quanto mais longe ele enveredou nas fugas tecnológicas para frente, menor será a parte do paciente que ele terá interesse em abordar como objeto de sua investigação semiológica. Em conseqüência, esse modelo propedêutico engendra um “ente de razão” que minimiza o potencial heurístico do médico como sujeito na relação de produção de conhecimento. Assim, fica caracterizada uma abordagem reducionista, que eleva “a parte” à condição de objeto e promove uma ruptura holonômica entre a parte e o todo. Com isso, relegam-se ao desprezo os possíveis significados das relações entre as partes, e destas com o todo.⁹⁹

Quanto ao exemplo da Pneumonia Estafilocócica do leito 405, como ficaria a relação epistemológica à luz de dois diferentes modelos de produção de conhecimentos?

Num modelo hipotético de dupla hermenêutica, ocorre uma transformação do objeto da concepção tradicional, também em sujeito, criando as condições de uma comunicação sujeito-sujeito com caráter dialógico. Nesse caso, o sujeito portador da Pneumonia Estafilocócica continuaria sendo um sujeito passivo, fornecedor de dados e cumpridor de ordens médicas para atingir a resolução do seu problema. A responsabilidade pela cura e a possibilidade de construir uma razão lógica em busca de uma verdade continuam sendo prerrogativas exclusivas do pneumologista. Portanto, ocorre uma ruptura hermenêutica parcial, pois o paciente, portador da pneumonia, não atinge a condição de formar uma “idéia verdadeira” do

⁹⁹ Portanto, o terceiro princípio do Método de Descartes, que é o da síntese, conduzido pela ordem do pensamento cartesiano, somente pode levar a justaposições muito complicadas. A reconstrução holonômica das fugas tecnológicas para frente, sob a égide do cogito cartesiano, remete mais à ficção de novela, do que a ciência, como sugere a desventura do Dr. Frankenstein (SHELLEY, 2001) em sua tentativa mal sucedida de juntar partes para formar um todo, levando ao desastre um dos Prometeus da Modernidade.

seu problema e não compreende o raciocínio do médico. Podemos concluir que, nesse modelo de relacionamento entre médico e paciente, não faz sentido afirmar que o paciente sempre diz a verdade e que o paciente sempre tem razão.

Numa abordagem epistemológica tradicional entre sujeito e objeto, com a ressalva de que os pólos da relação de conhecimento estejam invertidos, como ficaria o sujeito do “homem orgânico” portador da pneumonia em relação ao pneumologista transformado em objeto da relação? A própria formulação da questão já enuncia a impossibilidade de haver produção de sentido lógico, a impossibilidade de qualquer sentido capaz de ser formulado pelo paciente. É a mesma situação do caso descrito na introdução dessa tese, onde “o rim de um paciente cego” não pode ser sujeito de nenhum tipo de relação. Mais uma vez, os dois princípios do Dr. Grossman não podem ser aplicados.

Em sentido mais geral, a ordem de pensamento cartesiano (“penso, logo existo”) aplicada na medicina do sub-campo fragmentário elege a razão médica como locus privilegiado da construção de saberes, sentidos e suas verdades. Dessa maneira, também se estabelece o lugar do médico como uma posição muito especial. Ele pode sentar numa cadeira diferente daquela que o paciente usa. Essa cadeira também pode ser mais alta, pois a condição de portador do conhecimento legítimo e superior colocam o médico na condição sacralizada dos detentores da sabedoria onipotente. Dentro dessa perspectiva, não faz qualquer sentido falar de autonomia dos pacientes, pois suas capacidades estão solapadas. A verticalização das posições também corresponde a uma relação de poder, de dominação, ficando evidente quem se encontra na posição mais favorável.

Ao longo dos últimos séculos, a filosofia subjacente a esse modelo de medicina trançou uma malha ideológica que assegura ao médico o lugar próprio do

sujeito do conhecimento e designou, como lugar próprio para o paciente, sua posição de objeto da relação de conhecimento. Dentro dessa perspectiva teórico-filosófica, uma Pneumonia Estafilocócica ou o “homen orgânico” funcionam como “entes de razão reificados”, sendo peças de uma engrenagem que engendra um “corpo silenciado”; isso significa, em outros termos, a perda da humanidade do paciente quando este está em relação com o médico.

Já para o sub-campo generalista, a costura dos fios segue a conexão das nervuras que, por sua vez, ligam as coisas em diferentes camadas, texturas, tonalidades; assim, com o auxílio do Olho Epistêmico Imanente, são produzidos sentidos em profundidade, permitindo uma reconstrução holonômica entre as partes, e destas com o todo. Essa mudança de foco teórico e de contexto profissional estabelece novas perspectivas de entendimento e compreensão para os dois princípios do Dr. Grossman.

Para fazer a discussão sobre esses princípios, vou recorrer ao mesmo exemplo da Pneumonia Estafilocócica. Com a mudança de referencial, o caso se desloca do hospital¹⁰⁰ para uma unidade de APS. O paciente portador da doença passa a ter um nome e uma família; tem uma história; pertence a uma comunidade, a um país com suas contradições; carrega representações típicas da sua situação de classe, trabalho, religião, cultura, gênero, idade, além de muitas outras características; é uma “pessoa” na multidão, um “indivíduo” na sua vida familiar e relacionado com a vizinhança, um “sujeito” no exercício de sua cidadania; enfim, traz imanente uma vida que vai muito além da condição de portador de uma patologia. Quando esse paciente senta diante do médico, traz inerente o conjunto dessas

¹⁰⁰ A mudança de local não significa que o paciente internado em hospital não possa ser compreendido na perspectiva espinosana.

identidades e suas circunstâncias de vida. Portanto, está dada uma primeira condição de o paciente estar por inteiro numa relação de alteridade.

É nesse ponto que se torna legítima a pergunta: O que faz emergir um paciente por inteiro na relação com o médico? Seria pela simples vontade do paciente ou do médico? A tentativa de construir uma resposta satisfatória a esse questionamento passa pela discussão de uma outra base filosófico-epistemológica diferenciada. Acredito que o Olho Epistêmico Imanente fundamentado em Espinosa pode ser uma ferramenta a contribuir nesse esforço. Na elaboração de respostas para essas perguntas, também vou enfatizar os mecanismos presentes para entender como o paciente pode dizer a verdade e em que circunstâncias ele pode ter razão.

Na perspectiva espinosana, uma Pneumonia Estafilocócica não pode ser pensada como uma entidade autônoma, separada de um paciente singular. Uma parte ou um processo patológico, somente podem ser analisados se levarmos em consideração a necessária relação com outras partes e outros processos implicados na composição do todo. Pelo fato de uma pneumonia estar instalada num ser humano que carrega imanente toda a sua história, a relação da parte com o todo deve, necessariamente, ser considerada muito complexa. Também deve ser levado em conta que as causas imanentes que produzem, como efeito, a Pneumonia Estafilocócica não são cessantes. Conseqüentemente, esse processo patológico não pode ser paralisado no tempo. Assim, o médico, ao fazer exames de imagem, dosagens de diferentes indicadores biológicos do corpo do paciente, somente terá dados cristalizados obtidos pela captura momentânea de um processo vivo em constante movimento. Embora todos os dados coletados do paciente tenham valor semiológico para o raciocínio clínico, é falsa a idéia de que se possa construir uma

verdade positiva fora do paciente a partir de dados objetivados. Dessa maneira, não posso falar de uma Pneumonia Estafilocócica como uma entidade separada de um paciente. A partir de uma semiologia holonômica do Olho Epistêmico Imanente, posso dizer que um determinado paciente é portador de uma Pneumonia Estafilocócica, cuja causa está imanente no efeito, e, por ser causa não cessante, a referida pneumonia está em permanente evolução clínica. Em outras palavras, uma pneumonia, como processo vital e sem reducionismo propedêutico¹⁰¹, somente pode existir dentro do corpo de um ser humano. Por conseguinte, o paciente é o portador de toda a verdade do processo patológico¹⁰². Por mais que o médico consiga obter dados objetiváveis do paciente, o processo vivo da doença continuará existindo dentro do paciente.

A verdade última dos fatos biológicos ocorre na Natureza Naturante imanente na Natureza Naturada. O que o médico pode descobrir são os elos que ligam as coisas entre si e os diferentes arranjos dos processos vitais, pois os encadeamentos das idéias seguem a mesma lógica do encadeamento das coisas. Como o espírito é a idéia do objeto e, conseqüentemente, não há separação entre mente e corpo, o médico pode formar uma idéia verdadeira de um paciente portador de uma determinada pneumonia, dentro do princípio espinosano da ordem devida para pensar; isso, em termos médicos, significa utilizar corretamente a semiologia holonômica do Olho Epistêmico Imanente. Entretanto, a idéia verdadeira que o

¹⁰¹ Remeto para outro momento a discussão filosófica sobre o que fazer com as sobras ou restos que não se enquadram no modelo do cogito cartesiano.

¹⁰² Na ciência médica embasada na epistemologia cartesiana, a Anatomia Patológica cumpre o papel de classificar as doenças a partir de amostras fixadas, cristalizadas numa lâmina. Como sabemos, a causa eficiente cartesiana produz seu efeito e, então, desaparece, pois é cessante. Por isso, é possível retirar a história dos processos vitais, extraíndo peças, partes de um corpo, que passam à condição de dados objetivos e fiéis portadores de verdades positivas. Esse é o mecanismo responsável pela maior parte das doenças taxonomicamente catalogadas. Assim, a doença passa a ser uma entidade com *status* de validade universal.

médico pode fazer de um paciente com uma determinada pneumonia não representa positivamente nem a própria pneumonia, nem, muito menos ainda, o próprio paciente como ser humano. Esse ser humano, que vive todas as circunstâncias da sua existência na sua totalidade, constitui o ente objeto do médico¹⁰³. Concluindo com Espinosa, a idéia de Pedro não é o próprio Pedro, mesmo podendo existir um ente de razão (ou essência objetiva como quer Espinosa) com uma idéia verdadeira de Pedro¹⁰⁴.

Considerando os argumentos apresentados acima, posso, finalmente, concordar, com as ressalvas já feitas, com os princípios do Dr. Grossman. Apenas sugiro uma pequena modificação, inserindo as frases em novo contexto teórico-filosófico: **Na perspectiva médica do Olho Epistêmico Imanente, o paciente é o portador da verdade e da razão.** Por conseguinte, o médico que adota essa filosofia pode, legitimamente, organizar seu trabalho respeitando a autonomia do

¹⁰³ Dentro dessas condições, é possível o paciente exercer algum grau de autonomia e reivindicar uma condição preliminar de se beneficiar da “ordem devida para pensar”, para o paciente ter controle sobre o seu processo patológico, pois “Quanto mais coisas a mente conhece ‘melhor conhece suas próprias forças e a ordem da Natureza’”. (CHAUI, p. 573, 1999). Colocado dessa maneira, a filosofia espinosana sugere um modelo de medicina que poderia autonomizar o paciente para ele ter o controle completo sobre seus problemas de saúde e criar as condições de sua própria cura, como aparece em Chauí. “A subversão espinosana está em não oferecer ao paciente um ideal normativo externo e teleológico – inseparável da falsa lógica dos gêneros, espécies e fins -, mas em fazê-lo descobrir em si mesmo a força inata para curar-se”. (CHAUI, p. 578 e 679, 1999). A crítica ao modelo cartesiano das classificações externas ao paciente e de construir meios (terapias) para determinados fins (doenças), como modernamente são as *Guidelines*, está perfeitamente de acordo com o que defendo na presente tese. Entretanto, colocar no paciente toda a responsabilidade pela cura é desconhecer a ontologia espinosana de ser humano, como um ser de relação. O médico também se beneficia do mesmo princípio de aumentar sua sabedoria com os conhecimentos adquiridos pelo ensino e pela experiência profissional, que em sentido espinosano significa mais conhecimento do Ser Perfeitíssimo. “Quanto mais coisas a mente conhece, tanto melhor entende as suas forças e a ordem da Natureza” (ESPINOSA, Vol. I p. 51, 1989). Chauí, não mencionou na citação acima o elemento da inteligência, que em Espinosa tem um caráter relacional. Como médico e paciente, numa relação de conhecimento, são “entes” um do outro, cada um deles pode construir idéias verdadeiras com benefício mútuo. Portanto, é altamente desejável que os pacientes possam se beneficiar de uma relação de conhecimento e trocas com alguém que é portador privilegiado de mais sabedoria do que ele. Caso contrário, a medicina como ciência do cuidado de pessoas não faria sentido.

¹⁰⁴ No Tratado da Correção do Intelecto, Espinosa oferece a seguinte explicação: “Pedro, por exemplo, é algo real; a verdadeira idéia de Pedro, porém, é sua essência objetiva e, em si, alguma coisa real e totalmente diversa do próprio Pedro”. (ESPINOSA, Vol I p. 49, 1989).

paciente e orientar sua atenção baseada em evidências científicas, porém, centradas nas necessidades de cada paciente.

As conclusões acima sugerem que, nesse processo, da relação médico-paciente está implicada uma ontologia e uma teoria do conhecimento diferente da cartesiana. A relação médico-paciente e a relação de conhecimento nela presente estão agora embasadas em outros princípios filosóficos. Para que o médico possa formar uma idéia verdadeira do problema do paciente, precisa utilizar todos os seus sentidos. Nesse caso, utilizando uma semiologia completa, ele precisa ouvir, auscultar, indagar, ver, apalpar, cheirar, bem como lançar mão do sentido especial do bioprocessamento do tempo e espaço como síntese perceptiva da conjugação de vários sentidos. Esse processo perceptivo, no seu conjunto, se compõe de dados objetivos (sinais, estando aí incluídos toda gama de exames complementares) e dados subjetivos (sintomas). O Olho Epistêmico Imanente é capaz de esquadrihar tanto os dados quantitativos com suas diferenças de grau, quanto os dados subjetivos, nos quais são encontradas as diferenças de natureza. (BERGSON, 1999). A integração dessas duas perspectivas deve ser eficiente tanto para compreender os dramas humanos mais profundos, como para identificar lesões orgânicas. Esse esforço semiológico bem conduzido leva o médico a firmar uma idéia verdadeira do problema de um determinado paciente, ou, clinicamente falando, significa que o médico tem um diagnóstico para esse paciente. Em termos epistemológicos, posso inferir que esse diagnóstico é singular, pois a reconstrução holonômica de todas as partes para compor uma idéia verdadeira de um diagnóstico também é singular e de uma complexidade bem específica.

Não adotar um modelo reducionista e não esconder a real complexidade dos problemas dos pacientes é um grande desafio para a epidemiologia clínica.

Talvez, a construção de grandes modelos não reducionistas possa trocar o “Homem Orgânico” , como unidade comparável, pela idéia verdadeira de seres humanos.

Concluindo, considero que a opção do Dr. Grossman de colocar, em sua mesa de atendimento, uma escultura de orelha voltada para o paciente implica uma construção de conhecimento entre médico e paciente, onde o ente de razão do médico (que é a própria racionalidade clínica) corresponde ontologicamente à idéia verdadeira do paciente. Ou seja, a razão médica não é solipsista nem taxonômica. A razão médica, de inspiração espinosana, se afirma pela capacidade de construir uma idéia verdadeira do ser humano e suas necessidades de cuidado.

4. 3. 3. UMA ONTOLOGIA ESPINOSANA DE SER HUMANO NA MEDICINA

Antes de entrar na discussão de uma ontologia específica, preciso definir, preliminarmente, qual o conceito de ontologia que adoto no presente estudo e, mais especificamente, o que entendo por ontologia espinosana.

Em sentido mais geral, a ontologia é entendida como a parte da filosofia que estuda o ser enquanto ser, ou coisas consideradas em si mesmas. (LALANDE, 1999, p. 767). Já na perspectiva de sua evolução histórica, esse conceito tem uma definição mais precisa, quando é discutido como uma das versões da metafísica. De acordo com o dicionário de filosofia de Abbagnano.

Uma ontologia assim entendida, nitidamente distinta da teologia, não implicava nenhum ontologismo, franco ou disfarçado, contra os dados da experiência. Ao contrário, essa ontologia começa a ser considerada como a exposição organizada ou sistemática dos caracteres fundamentais do ser que a experiência revela de modo refletido ou constante. (ABBAGNANO, 2003, p. 664).

Dessa afirmação depreendemos que a ontologia, como uma das concepções fundamentais da metafísica, rompe com a tradição teológica¹⁰⁵ e afirma as condições do ser na medida em que é possível identificar suas propriedades gerais, como existência, duração, inerência, possibilidades. Partindo dessa compreensão de ontologia, poderíamos perguntar se existe uma ontologia espinosana específica ou, pelo menos, diferente de uma ontologia cartesiana. De minha parte, acredito que sim.

Para formular um conceito de ontologia especificamente espinosana, vou partir do conceito de inerência, uma das características fundamentais do ente, ou seja, do “ser enquanto ser”. Entenda-se por inerência aquilo que está intimamente ligado ao ser, que faz parte do ser e não pode ser separado dele sob pena de perder a condição de ser.

Na perspectiva de Espinosa, a inerência do ser somente pode ser compreendida na medida em que se conhece a natureza da causa do ser. Em Espinosa – conforme já explicado anteriormente – a causa está imanente no efeito, e o efeito não pode ser separado da causa; e, por sua vez, esse efeito é impulsionado pela causa que não é cessante. Em consequência, temos que a inerência do ser, na ontologia espinosana, é a Natureza Naturante como causa, imanente na Natureza Naturada em forma de efeito.

Já na ontologia cartesiana, esses conceitos são totalmente diferentes. Embora a inerência do ser também possa ser entendida pela sua causa, esta é transitiva: causa e efeito estão separados; a causa é cessante e o efeito passa a ter vida própria, o que é assim definido por Chauí: “Na causalidade transitiva, causa e

¹⁰⁵ A metafísica teológica diz que “as verdadeiras ciências, têm por objeto o inteligível, chegam à alma providas do intelecto divino e nada tem de sensível”. (ABBAGNANO, 2003, p. 662).

efeito são duas realidades perfeitamente determinadas, isoláveis e isoladas, porque a causa se separa do efeito logo após produzi-lo”. (Chauí, 1999, notas bibliográficas, p. 10). De acordo com essa concepção filosófica, causa e efeito têm substâncias de natureza diferente. A causa tem sua substância ligada a um Deus transcendente, e o efeito dessa causa tem sua substância ligada às coisas da natureza, só que substância subtraída de qualquer transcendência. Em Descartes, esta é uma das razões de a causa estar separada do efeito e de ser cessante, pois causa e efeito têm substâncias diferentes e habitam mundos de natureza diferente. Enquanto a causa transcende a realidade objetiva do ser, o efeito, que é propriamente o ente cartesiano, é do mundo da experiência material.

Após apresentar, sucintamente, o conceito de ontologia espinosana e compará-lo com a ontologia cartesiana, passo a propor, em linhas muito gerais, uma concepção de ontologia espinosana de ser humano na medicina. Início pela posição espinosana sobre a questão entre alma e corpo e sua relação com a inerência.

Como vimos anteriormente, em Espinosa a alma é a idéia do corpo: corpo e alma compõem uma unicidade no ser humano. Considerando, pois, que a alma é a idéia do corpo (o corpo humano propriamente dito e toda natureza como extensão), o ser humano possui uma inerência que é resultado da internalização¹⁰⁶ de todas as suas circunstâncias. Tomando essa concepção como um princípio orientador, passo a discutir algumas características fundantes de uma ontologia espinosana de ser humano na medicina, sem ignorar o que a experiência concreta pode nos revelar.

¹⁰⁶ A internalização, como processo de conhecimento do mundo, chamo de bioprocessamento do tempo e espaço. Em outro momento, após terminar a tese, pretendo discutir o papel relevante do oitavo par craniano, do sistema extra piramidal e do corpo estriado como mediadores privilegiados na linguagem que considera que a alma é a idéia do corpo.

O ente ou ser humano ao qual me refiro é, por um lado, o paciente, e, por outro, o médico. Entretanto, aqui vou privilegiar a discussão do ser que emerge do olho imanente do médico através de lentes espinosanas. Então, a partir de Espinosa, quem é esse ser que está na frente do médico? Em primeiro lugar, trata-se de um indivíduo, no sentido de ser indiviso. É alguém que se encontra ali por inteiro. Ele até pode ser constituído por partes, órgãos e sistemas, mas o médico não pode considerar alguma parte isoladamente sem considerar o indivíduo como um todo. Portanto, o indivíduo que está na frente do médico não é um ser isolado que pode ser separado das suas circunstâncias. Ele traz, inerente no seu ser, a sua condição de vida. Conseqüentemente, o indivíduo precisa ser visto pelo médico como um sujeito histórico; embora tenha uma vida singular como indivíduo, vive numa família, numa comunidade, numa sociedade.

Esse indivíduo tem uma história, vive numa relação de trabalho, vive num meio onde um conjunto enorme de fatores se torna imanente a ele. Dentre esses fatores, os mais importantes são aqueles citados no conceito de saúde definido na Oitava Conferência Nacional de Saúde. “Em sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e o acesso a serviços de saúde”. (BRASIL, 1986). Visto sob o ponto de vista de uma gnosiologia, esse indivíduo é repositório de um conhecimento não necessariamente revelado para ele, mas que pode ser objeto de investigação.

Nesse sentido, uma ontologia espinosana de ser humano na medicina também dialoga com a teoria do conhecimento marxista, na medida em que o médico, dentro dessa perspectiva teórica, precisa considerar a singularidade do

paciente como uma “unidade do diverso”, o que se aproxima da tradição epistemológica clássica, da Crítica da Economia Política de Marx:

O concreto é concreto porque é a síntese de muitas determinações, isto é, unidade do diverso. Por isso o concreto aparece no pensamento como o processo de síntese, como resultado, não como ponto de partida, ainda que seja o ponto de partida efetivo e, portanto, o ponto de partida também da intuição e da representação. (MARX, 1978, p. 117).

Nessa proposição de Marx – repito – é possível identificar uma aproximação epistemológica com Espinosa. Para este autor, a alma é a idéia do corpo, enquanto para Marx, o pensamento é a síntese do concreto. Nos dois casos, a construção do conhecimento está na relação do sujeito com a realidade, que é subjetivada como causa imanente no efeito. O pensamento, como efeito do concreto pensado por Marx, ou como idéia da alma, por Espinosa, cumpre função estruturante, ao mesmo tempo em que é estrutura em reconstrução permanente. Dessa maneira, tanto em Espinosa como em Marx, o olho está imanente no objeto; olho e objeto são concomitantemente causa e efeito em relação dialética, não tendo, portanto, a menor possibilidade de serem separados; pensamento e objeto estão intrinsecamente ligados da mesma maneira e pelas mesmas razões filosóficas do que alma e corpo são inseparáveis em Espinosa.

De acordo com o que apresentei acima, está claro que advogo a possibilidade da existência de uma ontologia espinosana de ser humano na medicina; não na medicina como um todo, mas uma parte da medicina que adota características específicas que, em seu conjunto, conformam o Sub-Campo Generalista.

Quando o médico atende um paciente, podem ocorrer vários níveis de intervenção: na Medicina Fragmentária, com suas especialidades focais – como já foi visto anteriormente – se interessa prioritariamente pelo foco da doença, isto é,

por uma determinada parte ou órgão do paciente; ao lado dela, porém, existem outros modos de intervenção no trabalho médico, dentre os quais destaco a perspectiva da Medicina de Família e Comunidade no Brasil.

Essa Medicina Integral é resultante da evolução de um falso dilema entre a atenção às necessidades do indivíduo quando adoece e o trabalho de intervenção na comunidade, de caráter coletivo e preventivo. Sant'Ana afirma que "Pode parecer existir um abismo intransponível na prática de atenção primária entre o que se considera atenção individual e atenção coletiva. Mas nós, Médicos de Família, acreditamos que não". (SANT'ANA, 2004). A partir dessa posição, podemos verificar que há um gradiente de abrangência que circula entre o individual e o coletivo. Há também uma pretensão de que todo esse espaço possa ser trabalhado, que não é necessário focar somente um lado da questão; ou, melhor do que isso, que o trabalho com o indivíduo tem inerente a potência do coletivo; que o trabalho de caráter coletivo não precisa subsumir o indivíduo.

De acordo com um dos meus entrevistados, trata-se de um falso dilema, pois os dois extremos da intervenção – no indivíduo e no coletivo – não podem e nunca deveriam ser separados, da mesma maneira que não deveriam ser separadas as ações curativas e preventivas.

Eu não consigo fazer uma separação entre o atendimento individual e o atendimento coletivo; é um falso dilema porque, na verdade, o que está colocado é que o adoecimento e o processo de cura não podem ser desvinculados do processo normal de vida, onde essas coisas não são separadas. (Entrevista nº. 12 com um médico).

Esse médico, com sua inerência profissional, ao transitar nesse gradiente entre o individual e o coletivo, bem como entre a prevenção da doença e sua cura, faz emergir o paciente como sujeito histórico da integralidade na medicina. Esse paciente é unidade das determinações sociais que ajudam a compor a inerência

desse ente. Esse ente possui uma aparência e uma essência. A essência desse ente, pelo poder das lentes espinosanas do Olho Imanente, pode ser desvelada. Como esse ente é um ser humano, na perspectiva de uma ontologia espinosana, a possibilidade de capturar essa essência somente pode ocorrer numa relação entre seres humanos exercitando suas totalidades, no caso, como médico e paciente, inseridos num determinado modelo assistencial. A inerência ontológica desse ente se materializa no encontro: entre a especialidade de Medicina de Família e Comunidade, que, poderá vir a ser uma disciplina (área de conhecimento)¹⁰⁷, com a área de atuação profissional que é a Atenção Primária em Saúde, como local quase exclusivo de atuação desses profissionais. Alguns aspectos dessa prática profissional – além dos já apresentados no item “Sub-Campo Generalista” deste estudo – estão presentes nos comentários postados por uma especialista da disciplina, integrante da lista de discussão da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade:

As práticas se embasam no paradigma da complexidade/integralidade, na prática médica centrada na pessoa, na inter-relação de fatores bio-psico-sociais no processo saúde-adoecimento, na neuroimunopsicologia, na clínica de qualidade, na busca de autonomia para o cidadão, sua família e a comunidade, na sua base familiar e comunitária desses processos, paradigma no cuidado. (Lista de discussão da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade - sbmfc@grupos.com.br - mensagem postada em 01/02/2004).

Esse comentário não é um discurso meramente teórico ou abstrato, isto é, distante da realidade. Exemplo, disso é o seguinte caso clínico de uma paciente,

¹⁰⁷ 1. Como disciplina, a Medicina de Família e Comunidade tem um grau de desenvolvimento ainda limitado, pois somente forma profissionais em nível *Latu senso*. Há projetos no Brasil para desenvolver a disciplina como Área de Conhecimento mediante a criação de cursos de pós-graduação *Strictu senso*, em nível de Mestrado e Doutorado. A presente tese tem, como um de seus objetivos, contribuir com a discussão de uma epistemologia para a disciplina.

2. É importante salientar que uma ontologia espinosana de ser humano na medicina não precisa, necessariamente, estar restrita a um grupo específico de profissionais médicos. Apenas estou fazendo conjecturas, tentando relacionar uma filosofia, no caso a espinosana, com uma prática profissional embasada nos princípios da referida especialidade.

apresentado na lista de discussão da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC):

Uma senhora de 45 anos, epilética (em uso de terapia combinada e em alta dose de anti-epiléticos; não faz acompanhamento médico por opção), deambula pela sua comunidade obnubilada, desorientada e eventualmente em surto psicótico.

A sua família está desagregada (filhos saíram de casa e mudaram de cidade devido à agressividade do pai – este é alcoólatra).

A Equipe já entrou em contato com os filhos e não obteve sucesso e/ou adesão ao tratamento de sua mãe.

Problema em questão: Paciente não quer ter seguimento pela unidade, bem como o seu cuidador (marido) o qual se “responsabiliza pela paciente”.

Entretanto paciente é levada por vizinhos seguidamente à Unidade Básica de Saúde, na maioria delas por Ataque Epilético ou Surto Psicótico, refletindo em quatro internações psiquiátricas nos últimos dois meses e duas fugas hospitalares.

E aí, meus colegas da MFC? Quais são os nossos limites em observar uma paciente piorando, a qual não possui capacidade de discernimento, sendo cuidada por um alcoólatra?

Peço a gentileza dos colegas nesse problema que envolve múltiplas abordagens.

Grato. (Lista de discussão sbmfc@grupos.com.br, mensagem postada em 29/06/2005).

No caso relatado, podemos entrever muitos problemas: revela um tipo de complexidade para a qual a tecnologia médica tradicional tem poucas respostas; mostra a necessidade de o médico saber trabalhar em equipe e articular ajuda em outros níveis do sistema de saúde e em outros setores da sociedade, tais como Serviços Sociais, Ministério Público. Fica bem claro que o problema da paciente não é somente dela, pois têm uma necessária relação com a família, vizinhança, comunidade e a sociedade como um todo. Trata-se de um tipo de complexidade em que o ente precisa ser pensado muito além do nível biológico, envolvendo habilidade de uma clínica ampliada, que engloba conhecimentos, da medicina, psicologia, ciências sociais, e conhecimentos econômicos, ambientais, culturais, religiosos entre outros. O caso apresentado também derruba a onipotência médica, revelando que a resposta da medicina pode ser organizada em qualquer ponto do processo saúde-doença, mesmo que os resultados sejam limitados.

O ser humano precisa de ajuda, mesmo quando essa ajuda tem um caráter predominantemente humanitário. É nesse ponto que se revela outra ontologia de ser humano no trabalho do médico, uma ética médica impregnada pela vontade e necessidade de ajudar, de cuidar do outro, mesmo em circunstância desalentadora. É isso que move o médico a buscar forças e a não desistir, a investir em “casos” em que a idéia de um ser humano autônomo considerado na sua totalidade parece estar muito distante e em que a perspectiva de resultados positivos é pouco promissora.

Ponto de vista idêntico ao apresentado acima também transparece em trecho da resposta de um colega na discussão do caso em pauta: “Tivemos um caso semelhante com um desfecho muito ruim, e o que eu poderia sugerir não é baseado no sucesso, mas não deixa de ser uma tentativa”. (Lista de discussão sbmfc@grupos.com.br, mensagem postada no dia 29/06/2005). Quando o mediador fundamental do trabalho médico é um princípio de humanidade, onde o outro, independente da sua condição, é sempre legítimo e o foco principal da atenção, estão criadas as condições éticas para o desenvolvimento de relações humanas que podem promover o ser humano em sua totalidade, condição esta válida para pacientes e médicos.

Em síntese, uma ontologia espinosana de ser humano na medicina acontece quando o olho de fora transita e se transforma no olho de dentro, fazendo a costura das partes de todo gradiente de vida na busca da totalidade¹⁰⁸. Nesse ponto, é interessante trazer para a discussão a ontologia cartesiana, que visualiza somente a hipertransparência orgânica, no quadro de Uriart, que se encontra na página X. Pelo Olho Imanente com suas lentes espinosanas a pintura adquire substancialidade, textura e dramaticidade vital. Num primeiro plano, podemos ver o olho kepleriano de

¹⁰⁸ “Para apreender num só ato intelectual a singularidade e a totalidade”. (Chauí, 1999, p. 55).

Vermeer, que procura a vida nos detalhes das cores vivas do glóbulo passando pelo capilar, produzindo um contraste vibrante entre o azul e o vermelho. Cada minúcia de cor e relevo mostra, com riqueza, a estrutura recôndita de uma minúscula parte do corpo humano. Já o olho kepleriano de Rembrandt convida a sair da superfície para penetrar, pelas ondas da textura, na profundidade do tecido, rompendo a barreira do estritamente biológico para entrar em sintonia¹⁰⁹ com o orgânico, como vida imanente espinosana. A hemácia dentro do capilar, como foco central do quadro, como a íris do olho, como túnel da profundidade dramática da vida, sofre uma dupla ruptura epistemológica e se transforma, de um lado, em janela da alma e, de outro, em janela do mundo, permitindo que toda estrutura subjacente, com sua imanência, se revele como Natureza Naturante, transformando-se de causa em efeito para ser Natureza Naturada. E, dessa maneira, estão criadas as condições para o Olho epistêmico, restabelecer as conexões de todas as partes, mesmo as mais minúsculas, para formar uma totalidade, que se constitui na relação dinâmica e equilibrada entre o tempo, como duração e o espaço, como conjuntura viva e contraditória.

4. 3. 4. A ‘ORDEM’ *DE-VIDA* PARA O MÉDICO PENSAR O PACIENTE

O termo “ordem” está entre aspas porque tem significado distinto do assimilado pelo senso comum; é distinto, principalmente, do sentido em que é empregado no positivismo comtiano. No presente texto, o termo “ordem” está ligado

¹⁰⁹ Termo usado no sentido que tem na filosofia: “Estado de quem se encontra em correspondência ou harmonia com o meio”. (FERREIRA, 1999).

à discussão filosófica de Espinosa com Descartes, visando definir a ordem do pensamento, como aparece no segundo escólio da Proposição X, Parte II da *Ética*:

A causa disto está, em meu entender, em que eles não observaram a ordem requerida para filosofar. Em vez de considerarem, antes de tudo, como deviam, a natureza de Deus, uma vez que ela é anterior tanto na ordem do conhecimento como na ordem da Natureza, eles julgaram que, na ordem do conhecimento, ela era última, e que as coisas chamadas objeto dos sentidos vinham antes de todas as outras. (ESPINOSA, 1989, Vol. II p. 78).

Para compreender melhor essa disputa, é preciso relembrar alguns pressupostos que ajudam a demarcar as diferenças filosóficas e seus significados. Uma das questões é a bissubstancialidade cartesiana: nesse conceito a substância da mente pertence ao domínio de Deus, e a substância do corpo tem como essência a própria Natureza, que, na ontologia cartesiana, vem a se constituir no ente e objeto privilegiado da ciência. O resultado efetivo dessa posição filosófica de Descartes foi preservar, de um lado, a mente como sendo do domínio de Deus, cujas leis de transcendência são inatingíveis pela lógica científica; e, de outro lado, a extensão (aí estando incluído o corpo humano), com normas de funcionamento e códigos suscetíveis ao conhecimento da ciência. Trata-se efetivamente do dualismo cartesiano entre mente e corpo. Como consequência, temos que, na ordem do pensamento, o cogito cartesiano é solipsista, além de separado e independente da Natureza Naturada. Portanto, o pensamento cartesiano é apriorístico, instrumental em relação ao objeto, e é produzido fora do objeto.

Já Espinosa, conforme explicação do escólio da Proposição VII, Parte II da *Ética*, considera que os atributos da substância pensante – que é a mente – e os atributos da substância extensa – que é o corpo – têm, na sua essência, a mesma substância. E como para Espinosa a mente é a idéia do corpo, o cogito espinosano rompe com a ordem de pensamento cartesiano e reivindica outra “ordem devida

para filosofar”. (CHAUÍ, 1999, p. 585). Considerando que a mente é a idéia do objeto, da coisa, a “ordem devida para filosofar” espinosana não ocorre separada do objeto; e considerando que o objeto equivale à Natureza Naturada e esta tem imanente a Natureza Naturante, a ordem do pensamento espinosano segue o mesmo deslocamento epistemológico da ‘ordem’ de-vida: a razão do entendimento humano ocorre, em função da conexão entre as idéias e as coisas, sabendo que a natureza dessas conexões é a mesma, o que permite desvendar os sentidos da rede de da nervura que liga todas as coisas da realidade. É o olho de dentro tendo imanente o olho de fora formando a síntese do olho epistêmico, que ‘assombra’, no sentido de Benzaid, e costura os elos, descobrindo as conexões que conferem sentido à vida.

Disso tudo resulta que a ‘ordem’ de-vida para o médico pensar o paciente não se refere somente a uma determinada ordem devida, necessária, requerida, como se fossem adjetivos correspondentes na lógica da ordem do pensamento filosófico. Essa ordem também se refere à realidade, à natureza, enfim, à vida do paciente em todos os seus atributos, como sugere a fala de um dos médicos entrevistados.

Eu ouço aquele paciente e procuro entender como é que é a vida dele; então, o que acaba acontecendo: eu não consigo atender um paciente em 15 minutos, por exemplo. Na minha agenda, eu já peço: não pode ser de 15 em 15; tem que ser de 30 em 30, pelo menos para poder sentar com o paciente e entender um pouquinho mais; para ver como é que são as relações: como é que é a relação dele com a família; como é que a relação dele com a sociedade; se tem alguma inserção, se tem algum engajamento. Vou conversando com o paciente para ver como é que ele se relaciona no ambiente que ele vive, para poder compreender como é que se dá esse adoecimento dele. À medida que eu vou acompanhando aquele paciente, eu vou conseguindo fazer os ‘links’. (Entrevista nº. 19 de um médico).

Numa visão menos abrangente, o médico americano Lown, em seu famoso livro “A Arte Perdida de Curar”, elege o ser humano como objeto central para o médico poder compreender o paciente. “Então, o que vem a ser a relação médica? É a capacidade de compreender um problema clínico na fonte, não em um órgão, mas em um ser humano”. (LOWN, 1997, p. 281).

A conclusão desse médico é notável, não somente por fazer afirmações conceituais importantes, mas também por permitir uma leitura do que seja uma condição que não permite ao médico compreender um paciente. Ele se refere a uma condição de um médico pensar o paciente com o olho no foco, numa parte ou num órgão. No entanto, o mais importante é perceber que, subjacente a isso, há uma crítica a um determinado tipo de raciocínio, ou uma ordem de pensamento que pode construir toda uma lógica de entendimento sem considerar a ‘fonte’ fundamental que, para o referido autor e para a presente tese, é o ser humano. É uma crítica ao raciocínio médico solipsista, taxonômico, apriorístico. Em suma, é uma crítica ao olho clínico de fora com o foco na parte. No meu entendimento, o que esse médico Dr Lown quer afirmar, é que existe uma determinada ‘ordem’ de-vida para o médico compreender os problemas dos pacientes. Para tanto, o médico precisa utilizar o raciocínio clínico do Olho Imanente, onde a mente é idéia do corpo, portanto, a ‘ordem de-vida’ do pensamento médico inicia pelo ser humano.

Em sentido mais específico, quando o médico atende um paciente, a mente do médico é a idéia que ele constrói do paciente. Dessa maneira, o Olho Imanente do médico, de acordo com a concepção espinosana, ganha uma competência heurística para construir uma idéia verdadeira, na qual o paciente é portador de todas as dimensões do processo saúde-doença. O cogito médico, em sua ‘ordem de-vida’, no seu raciocínio clínico, compõe o tecido de uma medicina humanista e

ética quando está perfeitamente articulada com uma ontologia espinosana de ser humano na medicina.

Também é necessário reconhecer que o médico é ele mesmo parte e todo, foco e unidade, Natureza Naturada como efeito da causalidade da Natureza Naturante, processos ativos na relação humanista do médico com o paciente, ambos revelando em profundidade sua condição de ser humano, como ser de e na relação. Essa recíproca percepção¹¹⁰ na relação entre paciente e médico pode ser transposta para a relação entre professor e aluno, e com mais intensidade no meio universitário, e mais especificamente na relação professor aluno numa faculdade de medicina, como pode ser verificado em um e-mail enviado por um aluno do Internato de Medicina Social falando de sua relação de aprendizagem com o professor-preceptor de uma unidade do PSF de Porto Alegre.

O Professor nos dá a medida certa de liberdade e orientação, procurando não assumir uma posição formal de preceptor, mas se mostrando disponível a discutir os casos como se fosse um colega nosso, aceitando, inclusive, várias sugestões nossas. (Observação de nº 192 do Caderno de Campo).

Na fala do aluno está evidente que há uma definição de posição, de um lugar que instaura uma determinada condição de escutar, de falar, de sentir, de compreensão. Esta “condição determinada” pressupõe que professor e aluno estão “inteiros” na relação, e eles se beneficiam de uma relação ontológica onde cada um é capaz de elaborar “idéias verdadeiras”. Assim, professor e aluno são construtores permanentes de novos conhecimentos¹¹¹. Esse modelo, de relação humana e de

¹¹⁰ No sentido de que cada um forme uma idéia verdadeira “como essência objetiva de um ente real”, (ESPINOSA, 1989, P. 49) um do outro.

¹¹¹ Nessa teoria de conhecimento, cada sujeito já é portador de um determinado saber, como parte de sua razão apta a construir e reconstruir conhecimentos.

construção de conhecimento, pode ser reproduzido na relação do médico com o paciente ou do aluno de medicina com o paciente. Para tanto o aluno precisa se colocar na posição *de-vida*. Isso pode ser observado no relato feito por um aluno, de sua experiência no Internato de Medicina Social, vivenciado numa unidade do Serviço de Saúde Comunitária do GHC.

No estágio do Internato de Medicina Social, tive a oportunidade de trabalhar com prevenção, atender de forma continuada o mesmo paciente, criando, assim, vínculo com ele e com a comunidade, de fazer visitas domiciliares, participar dos grupos, de trabalhar numa equipe multidisciplinar/interdisciplinar, consegui acompanhar vários membros de uma mesma família. Fiz atendimento de pacientes de pré-natal, puerperal, de puericultura, de diabéticos, hipertensos, depressivos, portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis, e situações simples. Percebi que o atendimento estava voltado para as necessidades de cada paciente e de acordo com a realidade social daquela comunidade. (Observação de nº 77 do Caderno de Campo).

O aluno, ao se colocar na 'ordem de-vida' compreende que seu raciocínio médico (cogito espinosano) deve levar em consideração toda a condição de vida do paciente como ser humano, que, por sua vez, tem a mesma condição para compreender seu médico e seu problema e tudo que está ali implicado.

O olho do médico, ao se instrumentalizar com lentes espinosanas, adquire a condição de Olho Imanente. Dessa maneira, o médico pode restituir a humanidade do paciente, perdida pelo uso do olho no foco e do olho tecnológico da hipertransparência.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao escrever as considerações finais, o corpo principal da tese já é texto objetivado que, portanto, está fora de mim. Por isso, neste momento, ocupo a posição privilegiada de leitor daquilo que escrevi. Como tal, meu olho dirige-se à produção textual com um olho no retrovisor (texto pronto) e outro no texto que ora estou escrevendo. O olho epistêmico dentro do espelho e dentro do texto permite compreender a epistemologia espinosana de conectar as partes como reconstrução holonômica, na perspectiva da construção e reconstrução de conhecimentos como totalidades. Dessa maneira, não vejo o espelho do retrovisor quebrado, refletindo fragmentos, fugas tecnológicas, órgãos humanos isolados, doenças descontextualizadas. Pelas lentes espinosanas, vejo a possibilidade de re-visitatar as concepções construídas em cada capítulo, fazendo novas leituras das partes examinadas e estabelecendo novas conexões ou elos de ligação para configurar um novo conhecimento, sob a forma de síntese, que articule as partes para compor a tese com um todo.

Relendo a construção do objeto, percebo que, subjacente ao sub-campo fragmentário, se encontra a filosofia cartesiana, bem como uma influência cartesiana na forma esquemática da apresentação do respectivo texto. Reconheço que essa influência na organização textual vai se estendendo ao longo da tese, embora perca força depois da discussão teórica. Ao escrever a construção do objeto, já me apropriara de algumas noções da teoria espinosana, embora não dominasse suficientemente os conceitos para me servirem de base para a referida elaboração. Por isso, considero importante rediscutir determinados aspectos, agora sob uma outra ótica.

As relações sociais presentes na fragmentação do objeto, nas fugas tecnológicas para frente, na cristalização do corpo sem contexto social, no processo de localização espacial da doença no corpo, na autonomização do 'olho no rim' sem considerar o paciente como um todo, na balconização da doença, no caráter reducionista da medicina com foco somente no orgânico, na tecnologização do ato médico e a conseqüente reificação da relação médico-paciente são a causa eficiente imanente que se transforma como efeito no 'óculus speculum' do médico na rodinha. Num contexto mais geral, é a organização social cartesiana, como causa eficiente imanente, que quebra o espelho de uma determinada modernidade, engendrando, como efeito, um processo de fragmentação da realidade, cujas conseqüências produzem a efemeridade vertiginosa do tempo, o giro rápido da economia globalizada, enfim, a aceleração de todos os processos sociais. Essa fragmentação cartesiana faz implodir a estabilidade dos referenciais teóricos, éticos e estéticos da vida social e destrói o espaço de centralidade do ser humano, que sai da cena principal para ser jogado às feras do darwinismo social dominado pelo pensamento único do mercado.

Já o olho imanente fundamentado nas premissas da ontologia espinosana de ser humano na medicina e a 'ordem' de-vida para o médico pensar o paciente, não é seletivo, pois a parte somente faz sentido se é pensada em função do todo. Em conseqüência, o foco de interesse do médico é abrangente no sentido de cobrir o conjunto de problemas de saúde, tanto em nível das necessidades do indivíduo quanto em nível das necessidades da coletividade, participando da organização de serviços de caráter preventivo, curativo e reabilitador, embasado nos seguintes princípios filosófico-epistemológicos:

1. O paciente é um ser humano.

2. O paciente é um ser humano histórico que tem relações de família, comunidade, sociedade. O processo saúde-doença está imerso nessas relações e, dentro delas, deve ser considerado. Por isso podemos dizer que o trabalho médico deve ser baseado no modelo biopsicossocial.
3. Não há separação epistemológica entre médico e paciente, pois o olho do médico está imanente no paciente, assim como o olho do paciente está imanente no médico.
4. Não há separação entre mente e corpo no paciente, pois a mente é a idéia do corpo.
5. Não há separação entre sujeito e objeto. Um objeto para ser pensado na 'devida ordem' parte da premissa espinosana de que ele já estabelece uma relação de imanência; ou seja, o objeto é o corpo da idéia, é estruturante da mente, portanto, é a causa imanente no efeito.
6. O médico pode se re-apropriar do seu tempo tomando o controle da rodinha e, dessa maneira, o tempo do paciente e do médico podem pulsar na mesma duração.
7. O olho imanente engendra uma dupla compreensão hermenêutica na relação médico-paciente, confirmando uma 'ordem' *de-vida* para pensar entre sujeitos que se reconhecem mutuamente como seres humanos dentro da perspectiva de uma ontologia espinosana.
8. Pelas lentes do olho imanente espinosano, o olho fragmentário e o olho no foco se transformam no olho kepleriano de Vermeer, destacando cada detalhe das partes para compor o quadro completo. Mas o detalhe somente faz sentido como composição da integralidade.

9. O olho da hiper-transparência, visto pelas lentes do olho imanente espinosano, pode se converter no olho kepleriano de Rembrandt; assim, no lugar da hiper-transparência orgânica, temos a possibilidade de ver, nas refrações texturizadas de todos os tecidos biológicos, a dramaticidade profunda da vida imanente no corpo. Pelo olho imanente espinosano, podemos ver a humanidade pulsando como vida orgânica.
10. Não só há uma coerência entre as partes, mas também entre estas e o todo, possibilitando uma reconstrução holonômica, o que é confirmado por Chauí:

O olho do espírito está imerso no universo como na gravura holandesa a figura menor está contida na maior ou, como na carta a Oldenburg, o vermezinho está no sangue. É desse lugar interior que lhe vem o conhecimento de que é parte de um todo, isto é, de um sistema de relações necessárias constituídas por leis de coerência entre as partes e de concordância entre elas e o todo (CHAUI, 1999, p. 52).

11. A mesma ontologia espinosana de ser humano presente na relação médico-paciente também pode estar presente na relação professor-aluno, notadamente na formação médica.

6. BIBLIOGRAFIA

ABBAGNANO, N. Dicionário de filosofia. Ed. Martins Fontes, SP, 2003.

ALCARAZ, A. C. ; DE PABLO, R. El Factor Tiempo. www.diezminutos.org Espanha 2005.

ALEKSANDROWICZ, A. M. C. Complexidade e Metodologia: Um Refinado Retorno às Fronteiras do Conhecimento. In: Goldemberg, Paulete et al (org). O Clássico e o Novo: Tendências, Objetos e Abordagens em Ciências Sociais em Saúde. Ed. Fiocruz, RJ. 2003

ALVES, R. Filosofia da Ciência: introdução ao jogo e regras. Ed. Brasiliense, 8ª ed. 1986, São Paulo.

ARAÚJO DE MATOS, R. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões. IN: Pinheiro, Roseni; ARAÚJO DE MATOS, Rubem (ORG). Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Ed. UERJ, IMS; ABRASCO, 2001, RJ.

AROUET, F. M. (VOLTAIRE) Candide. Penguin Books, London, G. B. 1997.

BACHELARD, Gaston. O Novo Espírito Científico. Ed. Tempo Brasileiro, RJ, 1968.

BARKER, L. R.; ROBERT, J. C. Ambulatory care, Evidence-Based Medicine, and other core proficiencies for Ambulatory Prctice. IN: BARKER, LR; BURTON, JR; ZIEVE, PD Principles of Ambulatory Medicine. Ed. WILLIAMS&WILKINS, Baltimore, USA, 1999.

BERGSON, H. Matéria e Memória: Ensaio sobre a relação do corpo com o espírito. Ed. Martins Fontes, SP, 1999.

BEZERRA, J. R. B. Normal e Patológico – Do vitalismo ao mecanicismo. IN: CADERNOS CEPIA: Saber Médico, Corpo e Sociedade, n. 4, Rio de Janeiro, 1998.

BLAKISTON Dicionário Médico. Organização Andrei Editora, SP, 1979.

BODENHEIMER, T. Disease Manegement – Promises and Pitfalls. The New England Journal of Medicine. April, 15, vol. 340, n. 15, 1999.

BOURDIEU, P. O Poder Simbólico. Ed. DIFEL, Lisboa, 1989.

BRASIL. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília, 1986.

BROD, B. Educação e Filosofia: Diálogos Formativos na Família e na Escola. Ed. IFIBE, Passo Fundo, 2002.

CALDER, R. O homem e a medicina: mil anos de trevas. Ed. Hemus, São Paulo, 1976.

CAMARGO, J. R., Kenneth, R Racionalidades Médicas: a medicina ocidental contemporânea. Cadernos de Sociologia, Porto Alegre, vol. 7, p. 129-150, 1995.

CARRION, R. A ideologia médico-racional no sistema de A. Comte. Cadernos do IFCH-UFRGS, n. 1, 1977, Porto Alegre.

CARVALHO, M. P. VILELA, R. T. (orgs.) Itinerários de pesquisa: Perspectivas qualitativas em sociologia da educação. DPA Editora, RJ, 2003.

CASTRO, S. V. Anatomia Fundamental. Ed. McGraw-Hill, 1976, São Paulo.

CHAUÍ, M. A nervura do real: imanência e liberdade em Espinosa. Volumes I e II, Companhia das Letras, SP, 1999.

CHOPRA, S.S. Preparing for personalized medicine. JAMA, 2004, 291 (13): 1640.

CINAEM Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Relatório da Fase III. Pelotas: UFRGS, 2000.

CÔRTEZ, C.; RODRIGUES, G.. Saúde Vapt-Vupt. Revista IstoÉ, 03/10/2005, p. 66-69 n 1868

CSORDAS, T. J. Somatic Modes of Attention. Cultural Anthropology 8 (2): 135-156. American Anthropological Association, 1993.

DAMASIO, A. Looking for Spinoza: Joy, Sorrow, and the Feeling Brain. Ed. Harcourt, Orlando, USA, 2003.

DESCARTES, R. Os Pensadores. Descartes: Vida e Obra. Ed. Nova Cultural, SP, 1999.

DESCARTES, R. Discurso do Método. Edições de Ouro, Tradução de João Cuij Costa, Rio de Janeiro, 1969.

DELEUZE, G. Espinosa: filosofia prática. Ed. Escuta, 2002, SP.

DELEUZE, G. GUATTARI, F. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. Vol I. Ed. 34, 1996, RJ.

ENCICLOPÉDIA ELETRÔNICA BARSA. Ed. Eletrônica da Enciclopédia Britânica do Brasil Publicações. RJ, 1999.

ESPINOSA, B. Coleção Os Pensadores Vol I e II. Nova Cultural, SP, 1989.

FEINSTEIN, A. R. Ciência, Medicina Clínica e Espectro da Doença. IN: BEESON, P. B.; McDERMOTT, W. Tratado de Medicina Interna de Cecil-Loele. Ed. Interamericana, 14ª ed, 1977, Rio de Janeiro.

FENEIS, H. DAUBER, W. Atlas de Bolso de Anatomia Humana. Ed. Manole, 2000, São Paulo.

FERREIRA, A. B. H. Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 3ª ed, 1999.

FLEXNER, A. Medical Education in the United States and Canada. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Bulletin, n. 4, 1910.

FOUCAULT, M. Microfísica do Poder. Ed. Graal, 6ª Edição, RJ, 1986.

FREIRE, P. Pedagogia do Oprimido. Ed. Paz e Terra, 13ª ed. São Paulo 1970.

FRIGOTTO, G. Educação, crise do trabalho assalariado e do desenvolvimento: Teorias em conflito. IN: FRIGOTTO, G. (Org) Educação e crise do trabalho: Perspectivas de final de século. Ed. VOZES, Petrópolis, 998.

GARCIA DOS SANTOS, L. Tecnologia, perda do humano e crise do sujeito do direito. IN: OLIVEIRA, F. PAOLI, M. C. Os sentidos da democracia: Políticas do dissenso e hegemonia global. Ed. Vozes, Petrópolis, 1999.

GÉRVAS, J. Tareas directivas en Atención Primaria. Glosario según tendencias 2005-2009. Rev. Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios. Vol. 6- Monográfico 1. junio 2005. P. 107-110.

HODGKIN, P. Medicine, postmodernism, and the end of certainty. Editorials. BMJ, 1996; 313:1586 – 1569 (21 december).

NORMAN, GEOFFREY, The Epistemology of Clinical Reasoning: Perspectives from Philosophy, Psychology, and Neuroscience. Academic Medicine, (2000) 75: 127-135.

KLOETZEL, K. O diagnóstico clínico: Estratégia e táticas. IN: DUNCAN, BB, SCHMIDT, MI, GIUGLIANI, ERJ Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. Ed. ARTMED, Porto Alegre, 2004.

KOSIK, K. Dialética do Concreto. Ed. Paz e Terra, RJ, 1989.

KUHN, T. A estrutura das revoluções científicas. Ed. Perspectiva, 2ª d. São Paulo, 1987.

LALANDE, A. Vocabulário técnico e crítico da Filosofia. Ed. Martins Fontes, SP, 1999.

LATOUR, B. WOOLGAR, S. a Vida de Laboratório: A produção dos fatos científicos. Ed. Relume-Dumará, RJ, 1997.

LOWN, B. A Arte Perdida de Curar. Ed. JSN. Editora Fundação Peirópolis, 2ª ed. Trad. Wilson Velloso, SP, 1997.

LUZ, M. T. Natural, Racional, Social-Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna. Ed. Campus, RJ, p. 151, 1988.

LUZ, M. T. As instituições médicas no Brasil. Ed. Graal, RJ, 1981.

MACWHINNEY, I. A importância de ser diferente. Palestra em reunião do Royal College of General Practitioners, Aberdeen, 1996. Traduzida por Vera Drehmers a partir do British Journal of General Practice, 46, 443-6. jul. 1996.

MACIEL, E. M. G. S.; TELLES, F. S. P. Ensaio sobre a relação epistemológica entre probabilidade e método científico. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16 (2): 487 – 497, abril/junho, 2000.

MAQUIAVEL, N. B. O Príncipe. 11ª ed. Ed. Bertrand Brasil, SP, 1986.

MARCONDES, D. História da Filosofia: Dos pré-socráticos a wittgenstein. Ed. Jorge Zahar, 8ª ed. RJ, 2004.

MARCONDES DE MORAIS, M. C. Os “pós-ismos” e outras querelas ideológicas. <http://www.educacaoonline.pro.br/osposismos.asp> Capturado na Internet no dia 25 de Abril de 2004.

MARSHAL, T. H. Política Social. Zahar Editores, 1967, RJ.

MARX, K. Os Pensadores. Ed. Abril Cultural, SP, 1978.

MASQUELET, A. C. Rembrandt's Anatomy Lesson of Professor Nicolaes Tulp (1632).

<http://www.maitrise-orthop.com/corpusmaitri:orthopaedic/86> Capturado em Agosto de 2006.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. IN: PINHEIRO, R.; MATTOS, A. R. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Ed. IMS – UERJ/ABRASCO, Rio de Janeiro, 2001.

MAYOU, R; SHARPE, M. Treating medically unexplained physical symptoms. Editorials. BMJ, 1997; 315: 561 – 562 (6 september).

MIETTINEN, O, S. The modern scientific physician: 7. Theory on medicine. CMAJ, Nov, 13, 2001; 165 (10).

MOLIÈRE. O doente imaginário. Ed. (?) RJ, 1974.

MORRISON, I. The future of Physicians' Time. Ann Intern Med. 2000; 132: 80-84.

mujergorda.bitagoras.com/archives/000101.html Ni ánimo para poner un título: Capítulo 92.

NAVARRO DE SOUZA, A. Formação médica, racionalidade e experiência. Ciência e Saúde Coletiva, vol. 6, n. 1, Rio de Janeiro, 2001.

NORMAN, G. R. The Epistemology of Clinical Reasoning: Perspectives from Philosophy, Psychology, and Neuroscience. Academic Medicine, (2000) 75: 5127-5135.

NOVAES, H. M. Acciones integradas en los sistemas locales de salud: analisis conceptual y apreciacion de programas seleccionados en America Latina. OPAS. Caderno Técnico, 1990, 31: 1-102.

NUNES, E. D. et. al. O ensino das Ciências Sociais nas Escolas Médicas: revisão de experiências. Revista Ciência e Saúde Coletiva, 8 (1): 209-225, 2003.

OLIVA, A. Crítica à Universalidade do Método Científico. IN: CADERNOS CEPIA: Saber Médico, Corpo e Sociedade, n. 4, Rio de Janeiro, 1998.

OLIVEIRA, F. Os direitos do antivalor: A economia política da hegemonia imperfeita. Ed. Vozes, 1997, Petrópolis.

PETROS, P. Art and science of clinical knowledge. The Lancet, vol. 358, november 24, 2001.

PIAGET, J. Abstração Reflexionante: Relações Lógico-Aritméticas e Ordem das Relações Espaciais. Ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1995.

PUSTAI, O. J. et al. A consulta médica em cena: Reconstruindo a arte de curar no palco. Projeto de Extensão PROEXT/UFRGS. Porto Alegre, 2002.

ROSÁRIO COSTA, N. Lutas Urbanas e Controle Sanitário: Origens das políticas de saúde no Brasil. Ed. Vozes, Petrópolis, RJ, 1985.

ROSEN, G. Da Polícia Médica à Medicina Social. Ed. GRAAL, Rio de Janeiro, 1980.

SANT'ANA, A. M. A propósito da Medicina de Família. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. p. 24 a 28. Vol. n 1 Abril de 2004.

SANTOS, G. S. Tecnologia, perda do humano e crise do sujeito do direito. IN: OLIVEIRA, F. PAOLI, M. C. Os sentidos da democracia: Políticas do dissenso e hegemonia global. Ed. Vozes, Petrópolis, 2000.

- SARMENTO, M. J.** O Estudo de Caso Etnográfico em Educação. IN: ZAGO, N. CARVALHO, M. P. TEIXEIRA VILELA, R. A. Itinerários de pesquisa: Perspectivas qualitativas em Sociologia da Educação. DP&A Editora, RJ, 2003.
- SARTORI, G.** A política. Ed. Universidade de Brasília, Brasília, 1979.
- SCHENDEL, G.** La Medicina em México: De la herboraria Azteca a la medicina nuclear. Ed. Instituto Mexicano del Seguro Social México, DF, 1980.
- SCHRAIBER, L.** Educação Médica e Capitalismo. Ed. HUCITEC/ABRASCO, São Paulo/Rio de Janeiro, 1989.
- SCHUMACHER, A.; WARRACK, I.** Tools for the future, future practice I. www.cma.ca/mdpulse.2005.
- SHELLEY, M.** Frankenstein. Ed. L&PM, Porto Alegre, 2001.
- SILVA, M. G. R.** Prática médica: Dominação e submissão. Zahar Editores, RJ, 1976.
- SIMPSON, T. K.** The New Pythagoreans III: The Scientists of the mind (part one). IN: The Great Ideas Today. Ed. Encyclopedia Britannica, Chicago, 1990.
- STARFIELD, B.** Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologias. Edição UNESCO-MS (Versão Eletrônica), Brasília, 2002.
- TOGNOLLI, C. J.** Mídia, transparência e pós-modernidade. Rev. Idade Mídia, Vol 1 Número 1, 2002.
- TORTORA, G. J.** Corpo Humano: Fundamentos de Anatomia e Fisiologia. Ed. ARTMED, 2001, Porto Alegre.
- UNGER, J. P.; GHILBERT, P.; FISHER, J. P.** Doctor-patient communication in developing countries. BMJ, 2003; 327: 450 – a (23 august).

VANDEBROUCKE, J. P. Clinical investigation in the 20th century: the ascendancy of numerical reasoning. *The Lancet*, vol. 352, supplement 2, 03 October, 1998.

WONCA EUROPE. The European Definition of General Practice/Family Medicine. Electronic Version. Noordwijk, 2002.

7. ANEXOS

ANEXO I

O ESPÍRITO DA ÉPOCA NO NASCEDOURO DA CIÊNCIA MODERNA

Neste texto, pretendo apresentar, resumidamente, aspectos importantes da política, religião, ciência e artes que, de alguma forma, estavam no inconsciente coletivo do debate teórico e contribuíram na definição das características e tendências da Ciência Moderna. A importância desse tipo de procedimento foi demonstrada por Chauí, ao comentar a abordagem epistemológica das Escrituras em Espinosa. Este, a partir de seu conhecimento de história e filologia hebraica – utilizando essas ferramentas através de uma análise racional – teria estabelecido a diferença entre as revelações proféticas e os milagres, considerando estes últimos como simples narrativas sociais de conteúdo simbólico sócio-cultural, sem qualquer relação com manifestação divina. (CHAUÍ, 1999, p. 22). Essa interpretação racionalista das Escrituras de Espinosa, que mergulhou profundamente nas diferentes circunstâncias de cada época analisada, deve nos orientar para tentar compreender, pelo menos em alguma medida, a “zeitgeist”¹¹² dos períodos imediatamente anteriores e posteriores ao século XVII, levando em conta a sua importância para as disputas filosófico-científicas da época. Dessa maneira, vou mostrar algumas questões bem pontuais, ciente dos riscos não dar conta, suficientemente, das circunstâncias para compreender o espírito da época.

¹¹² Espírito da época.

No final da Idade Média, os processos de transição se deram lentamente e, em cada área específica, tiveram algumas marcas importantes, mostrando as mudanças de rumo que foram se delineando no transcorrer do Renascimento. A seguir, vou identificar alguns elementos que considero relevantes para compreender as principais transformações do período.

Na política, dois exemplos podem ser considerados significativos: O primeiro é a publicação do livro “Utopia” de Thomas More (1478 – 1535). Essa publicação ainda era baseada na elaboração de modelos políticos teórico-abstratos, desenvolvidos como concepções racionalistas, sem levar em consideração as condições objetivas da realidade, dentro de uma perspectiva semelhante adotada, muito antes, na “República” de Platão (428 – 348 a.C.). O racionalismo desse humanista inglês não se afastava das orientações políticas da Igreja Católica; mas, a Igreja passava a enfrentar maiores resistências por parte de alguns reis, que não aceitavam a submissão total aos dogmas oriundos de Roma. Esse foi o caso de Henrique VIII da Inglaterra, que não aceitou as ponderações do católico Thomas More, contrárias à questão do divórcio do rei, mandando executá-lo sob a acusação de alta traição. Mais tarde, o próprio Henrique VIII iria fundar a Igreja Anglicana, rompendo com a Igreja Católica Romana.

Outro exemplo é a publicação de “O Príncipe” (1532) de Maquiavel (1469 – 1527), obra clássica que trata a política como ciência do possível. Esse autor, além de ensinar que a política deve ser baseada na observação minuciosa dos fatos, analisa todas as experiências possíveis, para daí retirar as lições necessárias para conseguir, e depois manter, o poder político. A inspiração divina dos príncipes, apoiados na filosofia escolástica, foi substituída pelo raciocínio lógico, que utilizava exclusivamente os dados concretos da sociedade. Os sucessos ou fracassos na

política passaram a ter suas causas racionalmente analisadas, sempre levando em consideração as condições objetivas da realidade. Os modelos políticos abstratos, criados livremente pela imaginação humana, e os derivados diretamente da filosofia escolástica baseada nas escrituras, foram sendo gradativamente substituídos. Uma das conseqüências prováveis dessa mudança foi o surgimento da centralização de poder de caráter absolutista, formando domínios com grandes extensões territoriais. Essa forma de organização do poder, na Europa, se tornou hegemônica até a Revolução Francesa.

Pelas razões apontadas acima, a influência política da Igreja nas relações de poder nos Estados foi se enfraquecendo. Ao lado disso, é preciso considerar a perda de poder em outros campos, às vezes decorrente de guerras sangrentas.

Na religião católica, fatos marcantes foram os movimentos de contestação de toda doutrina vinda de Roma. Embora tais contestações tenham surgido de todos os lados, cabe aqui destacar alguns aspectos que constituíram o Movimento da Reforma.

O descontentamento do clero se manifestava em diferentes graus de rebeldia e intenções. Por um lado, havia os que defendiam mudanças na Igreja sem, no entanto, propugnar uma ruptura, indicando uma volta aos ensinamentos originais de Cristo. Dentre estes se destacou Erasmo de Roterdan (1469 – 1536). Esse autor, com formação em humanidades, especialmente em filologia, foi ordenado padre da congregação dos Agostinianos, mas foi dispensado dos votos pela Igreja. Seu profundo conhecimento da hierarquia da Igreja e todas as suas mazelas levaram-no a escrever severas críticas sobre os abusos de poder perpetrados pelas autoridades eclesiais. Em sua obra mais contundente, “O elogio da loucura” (1509), declara que as vidas suntuosas dos papas e de quase todos os prelados, ao adotarem costumes

principescos, renunciavam aos princípios cristãos mais elementares, concluindo daí que uma nova aparição de Cristo na Basílica de São Pedro seria impossível, pois seria enxotado como qualquer outro pobre que por lá ousasse aparecer. Essas críticas cáusticas de Erasmo trouxeram-lhe problemas com a hierarquia da igreja, mas, por outro lado, ajudaram-no a conquistar muitos admiradores que, em suas críticas, viam uma posição insustentável da Igreja. Outra contribuição importante de Erasmo foi uma tradução da Bíblia para o Latim, seguida de muitas notas explicativas que divergiam das interpretações tradicionais da época. Seu grande conhecimento em filologia tornava seu argumento muito bem embasado, o que fez aumentar seu prestígio e contribuiu para o enfraquecimento da interpretação baseada no princípio da autoridade hierárquica da Igreja.

Dentro desse ambiente de franca hostilização aos poderosos da Igreja, surgem contestações que não conseguem mais ser absorvidas na perspectiva de reformas internas na Igreja. Os ataques mais fortes vêm de Martinho Lutero (1483 – 1546). Não aceitando a venda de indulgências, escreve e divulga, na porta de sua Igreja, as teses contra essa política oficial do Vaticano. Recebe, então, o apoio de importantes setores da Alemanha, principalmente de príncipes descontentes com o enorme poder papal. Continuando na ofensiva, a Reforma ataca o poder espiritual do papa, negando-lhe a condição de representante da divindade e contribuindo para fortalecer o poder laico em mãos de príncipes que estavam atuando politicamente na oposição ao poder político dos papas. Também a tradução da Bíblia para o alemão contribuiu para o fortalecimento de um poder não eclesial, dando homogeneidade de língua para os povos germânicos – que falavam vários dialetos semelhantes entre si – criando, assim, uma unidade cultural de suma importância para a futura unificação alemã.

Desses fatos podemos depreender a estreita relação entre Igreja e Estados, onde a política transitava livremente, constituindo pólos de poder que podiam oscilar entre domínios laicos, domínios eclesiais, apoios ou oposições entre os poderes da Igreja e do Estado. Exemplo claro desse processo é Calvino (1509-1564), que se envolveu pessoalmente nas questões de poder em Genebra. Inicialmente expulso pelo conselho da cidade, posteriormente foi chamado de volta para assumir o poder. Exerceu, então, o poder eclesial de “reformado” e o poder civil de chefe político da cidade. Entretanto, sua influência teológica e política não ficaram restritas a Genebra. Com sua habilidade política e seus escritos, ele resumiu com maestria a filosofia protestante, o que arrastou homens influentes a aderir a essa nova doutrina religiosa.

Esse cisma profundo na Igreja européia quebrou a hegemonia religiosa, além de abrir importantes caminhos para outras áreas, como as artes, ciência, cultura, economia, política, etc. Ao lado disso, provocou um movimento interno na Igreja Católica, conhecido como Contra-Reforma, que se apoiou no Concílio de Trento (1545 – 1563) e resultou na criação da Companhia de Jesus (1534), que passou a correr o mundo para difundir a doutrina cristã católica.

No processo de transição, as ciências cumpriram um papel importante. A invenção da bússola contribuiu enormemente para o incremento das grandes expedições marítimas, as quais desembocaram no descobrimento de novas rotas de comércio e no descobrimento de outros continentes. A invenção da imprensa contribuiu para uma maior difusão dos conhecimentos, aumentando o intercâmbio de informações. Esses dois processos associados contribuíram para o surgimento de novos capitais financeiros, ou de outra natureza, e eram hostis à manutenção da centralização do conhecimento por parte da “Escola”, como eram conhecidos os

centros de produção e armazenamento de conhecimentos ligados à hierarquia da Igreja.

No entanto, o que de fato abalou o prestígio e domínio da Escolástica no campo das ciências foram as descobertas da astronomia, que contradiziam as versões autorizadas e livremente inspiradas na teologia oficial. O exemplo clássico é a teoria heliocêntrica de Copérnico (1473-1543). Apesar de sua teoria se contrapor frontalmente aos dogmas do geocentrismo, Copérnico, valendo-se da sua condição de cônego e teólogo, apresenta justificativas pretensamente embasadas na própria teologia; e ele próprio considera sua teoria como uma simples especulação geométrica, o que lhe confere certa imunidade contra a fúria inquisitória.

Já Galileu Galilei (1564-1642), quando descobriu as fases de Vênus, passou a concordar e a defender a teoria copernicana do heliocentrismo. Por isso, em 1611, foi chamado a Roma para se defender contra acusações de heresia. Posteriormente, em 1616, foi obrigado a assinar um decreto da Inquisição que considerava o sistema copernicano uma mera hipótese. Em 1632, publica “Diálogo sobre os grandes sistemas do universo”, voltando a defender as teorias de Copérnico. Dessa vez, porém, a Inquisição o condenou à prisão domiciliar e ao pior dos castigos para um cientista: a proibição de publicar livros. Apesar de toda oposição aos seus trabalhos científicos, muitos o consideram o grande pioneiro da ciência moderna.

Resumindo, pode-se dizer que os cientistas do período tentaram – alguns com êxito – estabelecer os fundamentos de uma ciência laica que se sustentasse pelos seus próprios pressupostos, livrando-se do paradigma da explicação divina, hegemônica durante a Idade Média. Essa ruptura foi fundamental para a ciência se estabelecer como uma área com algum grau de autonomia, reivindicado, ora contra a Igreja, ora contra o Estado, ou contra ambos.

No campo da estética, a transição assume um caráter mais específico e se configura como um grande movimento conhecido por Renascimento. É dentro desse movimento que ressurgem valores e ideais da Antigüidade Clássica Greco-Romana. Um dos autores mais importantes, Leonardo da Vinci (1452-1519), vai buscar inspiração em autores bem anteriores à Idade Média. Na filosofia, ele se baseia em Aristóteles (348 – 322 AC) e, na matemática, busca fundamentação em Arquimedes (287-212 AC). A leitura direta dessas obras clássicas, isentas das interpretações da escolástica, permitiu ao autor construir algumas contribuições originais sobre gravidade e o teorema do polígono e, principalmente, deixar registrado em pinturas, como na “Última Ceia”, a profunda solidão de Cristo, uma clara evocação ao sofrimento e agonia, em contraposição a uma visão triunfante de Cristo, em voga na época.

Outro autor paradigmático foi o escultor e pintor Michelângelo (1475-1564) que, com a escultura “Pietà”, mostra todo o humanismo renascentista, numa síntese sublime entre o trágico e o frescor juvenil da Virgem Santa, solapando a estética puramente sacra, para representar questões propriamente humanas e terrenas.

A visão renascentista, embasada em valores da Antigüidade Clássica, não se esgotou em manifestações nostálgicas do passado, mas se tornou também um período de grande efervescência cultural, dando origem a uma profusão de manifestações que também apontavam para uma nova perspectiva. Tudo isso ajudou a constituir os primórdios da modernidade.

Já se libertando um pouco do Renascimento, mas ainda fortemente influenciados pela idéia de romper com as tradições da Idade Média, alguns escritores muito bem traduziram o espírito de sua época. Entre estes destacam-se Molière e Voltaire.

Molière (1622-1673), com sua fina ironia, construiu uma poderosa crítica contra a hipocrisia religiosa, rendendo-lhe uma série de proibições engendradas pela igreja conservadora. O simples fato de suas comédias terem uma grande aceitação popular mostra que o domínio da estética cristã estava sendo derrotado por outras visões de mundo. Estas estavam fundadas numa cultura laica, onde as ambigüidades da natureza humana se expressam sob a forma de farsas ou de dilemas entre a paixão desmedida por dinheiro e o desejo de ser respeitado e amado, como aparece claramente em “O Avarento” (1668).

O alvo crítico e satírico de Molière também atinge a medicina e seus fundamentos. Em “O doente imaginário” (1673), o personagem Tomás oferece a sua pretendente Angélica, como presente e prova do seu amor, uma tese contra a teoria de circulação de Descartes, declarando: “Contra Descartes e os circuladores de sangue sustentei uma tese que, com sua permissão (cumprimenta Argan), ousou oferecer à senhorita, como uma homenagem que lhe devo das primícias do meu espírito”. (MOLIÈRE, 1974, p. 180).

Em período um pouco posterior, Voltaire (1694-1778), saindo do Renascimento e participando da instauração do Iluminismo francês, examina as influências tardias da Igreja do medievo. Em “Candide” (1759), ele se diverte apresentando uma filosofia escolástica ingênua: ao propor que “todas as coisas acontecem para o bem”, destrói sarcasticamente, em seguida, essa perspectiva, narrando uma sucessão de tragédias de seu personagem. Além disso, em vez de fazer seguir cada tragédia com a bonança, como sugeria o adágio filosófico de Pangloss, o autor, fazia seguir cada nova tragédia uma desgraça ainda maior para seu personagem.

Além de satirizar a filosofia vulgar, Voltaire ironizava as interpretações dos fenômenos naturais feitas pela Igreja e pela ciência. Exemplo disso é sua descrição, no livro citado, do grande terremoto ocorrido em Lisboa, em 1756. Sobre esse terremoto, Voltaire diz que a Universidade de Coimbra expressou a seguinte opinião: “Que uma receita infalível para prevenir terremotos é a cena de alguns indivíduos sendo cozidos em fogo brando”.¹¹³. (VOLTAIRE, 1997, p. 15). Sua crítica também se dirige aos médicos, considerando que estes somente se interessavam pelos pacientes quando o doente tinha dinheiro; mesmo assim, os pacientes sofriam com purgações e sangrias sem resultados. (VOLTAIRE, 1997, p. 64). A crítica aos padres é ainda mais feroz: oferecem ao “Candide” doente a possibilidade de comprar a cura, numa clara referência aos “bilhetes de confissão” vendidos aos moribundos antes de lhes aplicar a extrema unção.

Com os breves comentários deste texto, procurei mostrar algumas características bem gerais que antecederam e estiveram presentes no período em que Descartes e, logo depois, Espinosa, travaram seus debates filosóficos. De propósito, avancei um pouco além do período em que ocorreu a discussão entre os autores em foco.

¹¹³ “That an infallible receipt for the prevention of earthquakes is the sight of some individuals being burnt over a slow fire “

ANEXO II

Disciplina de Saúde e Sociedade

Caso Clínico

Identificação: I. F. S., 59 anos, faltando 28 dias para completar 60 anos, pequeno agricultor, casado, tem oito filhos, protestante, segundo ano primário, branco, descendente de alemães, procedente de São Lourenço/RS.

O paciente refere que tem um aperto na garganta, que ele já sente há mais ou menos seis meses, e vem piorando progressivamente. Além de ter procurado diversos especialistas em medicina, também já procurou um curandor, mas não obteve melhora perceptível em ambos os casos. Cada vez que esse paciente refere o aperto na garganta, leva a mão esquerda ao pescoço, insinuando uma compressão externa do mesmo.

Para a consulta, ele trouxe todos os exames feitos com os especialistas, quais sejam:

- ECG de esforço: Normal.
- RX do tórax: Pequeno enfisema (Paciente era fumante crônico).
- RX do esôfago, estômago e duodeno: Normal.
- Exames laboratoriais: Anemia leve (que desapareceu com tratamento); VSG de oito mm; outros exames todos normais, inclusive toxicológicos pelo uso de venenos agrícolas.
- Endoscopia digestiva: Normal.
- Relatou consultas com o Otorrino, onde fez vários exames, sendo todos normais;

- Realizou consultas com um curandor que teria dito tratar-se de um encosto de espírito e tristeza. Como tratamento, realizou um ato cerimonial, no qual pegou uma brasa acesa na mão e, em seguida, afogou a brasa num recipiente de água, sempre murmurando palavras de ordem contra o espírito do mal que estaria incomodando o paciente. Conforme o relato do paciente, esse tratamento não teria dado resultado porque o curandor teria errado no diagnóstico. No entendimento dele, os casos de “encosto” que ele conhecia eram diferentes.
- Desde que começou o problema, já emagreceu 8 quilos.
- Trabalhou muito com veneno de fumo, mas nunca teve intoxicação aguda.
- Não tem apetite.
- Perdeu a força e a vontade de trabalhar.
- Está com insônia.
- Perfeitamente lúcido e orientado no tempo e espaço.
- Demonstra uma fácies de tristeza.
- Foi sua mulher que insistiu para ele retornar a uma consulta médica.
- Comunica-se mal em português, por isso trouxe uma filha que fala melhor essa língua.
- Sente também “dor no coração” – apontando o ictus.
- O aperto na garganta é, às vezes, tão forte que tem dificuldade de engolir alimentos sólidos e também sente odinofagia.
- O aperto na garganta fica quase insuportável nos fins de tarde, ao ponto de quase não conseguir respirar.
- Nos últimos dias, o problema se agravou dramaticamente a ponto de a família inteira estar em pânico.

- O relacionamento dele com a mulher e os filhos sempre foi bom, até que ele começou a se isolar e não queria mais saber de muita conversa, ficando muitas vezes pensativo e com o olhar fixo.
- Ele diz que não conversa sobre os problemas pessoais dele com ninguém; diz que não é costume entre eles falar sobre sentimentos, mas apenas sobre doenças do corpo, como úlcera, pressão alta, etc.
- No início da consulta, o paciente não demonstrou labilidade emocional, até parecendo ter uma certa rigidez afetiva.
- Devido à insistência de ele levar a mão ao pescoço de forma constritiva, o médico seguiu um sentimento contratransferencial e iniciou uma abordagem pensando na hipótese de suicídio. Após pedir para a filha do paciente se retirar da sala, foi perguntando se a vida dele valia a pena de ser vivida. Ele fica calado, baixando a cabeça lentamente. Começam a correr as primeiras lágrimas, e ele balbucia entre os dentes: “Meu pai ... mas eu não tive culpa...” Começa então a chorar copiosamente. Quando conseguiu se acalmar, recomeçou dizendo que achava que não tinha culpa pelo que acontecera a seu pai. Passou então a relatar que seu pai tinha se enforcado e foi ele que o encontrou pendurado naquela árvore. E o que deixava ele apavorado é que o pai se enforcara no dia em que completara 60 anos, tendo exatamente a mesma sintomatologia que ele apresentava agora. O pavor aumentava na medida em que se aproximava a data de seu aniversário; faltavam 28 dias para completar 60 anos. Ele já tinha comprado uma corda para se enforcar e já tinha feito várias visitas àquela fatídica árvore em que o pai havia se enforcado.
- Diagnóstico: Luto Patológico.

- Psicodinâmica: Identificação com o familiar falecido, com o qual teve um conflito relacionado com a partilha dos bens da família, entendido pelo paciente como motivo causador da morte do pai.
- Tratamento: Psicoterapia.
- Evolução: Muito boa.

ANEXO III**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO I**

Euconcordo em conceder entrevista para uma pesquisa que faz parte do Doutorado de Odalci José Pustai desenvolvido no PPG-Educação/UFRGS, com o nome provisório de *A “ordem” de-vida para o médico pensar o paciente: Uma ontologia espinosana de ser humano na medicina.* Estou ciente de que minhas informações serão utilizadas de forma exclusiva para o referido Doutorado, sendo que está garantido o sigilo de autoria das informações e opiniões por mim prestadas. Dentro dessas condições dou meu consentimento.

.....

Assinatura

ANEXO IV**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO II**

Eu, _____, autorizo a utilização, para fins de pesquisa, dos dados fornecidos ao pesquisador Odalci José Pustai, durante pesquisa de Tese para o Doutorado realizada no Programa de pós-graduação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Declaro que:

1 – Fui informado(a) que a pesquisa tem como título “A ‘ordem’ de-vida para o médico pensar o paciente: uma ontologia espinosana de ser humano na medicina”. Seu objetivo geral é: Investigar as bases filosóficas e epistemológicas de uma medicina que tem em seu escopo principal o ser humano vivendo em sociedade.

2 – Estou ciente de que se justifica a realização deste estudo, considerando que a discussão de bases filosóficas e epistemológicas para a especialidade de Medicina de Família e Comunidade e outros médicos que atuam em Atenção Primária em Saúde pode fortalecer a organização dos serviços de saúde no Brasil e contribuir na construção de referenciais teóricos para a produção de conhecimentos em Atenção Primária em Saúde.

3 – Estou ciente de que minhas opiniões na lista de discussão da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade pode ser objeto de análise para a referida tese, estando garantido sigilo de autoria das opiniões emitidas na lista de discussão.

4 – Estou informado que: a) A pesquisa obedece às normas éticas e não apresenta riscos a minha pessoa. b) Este consentimento poderá ser retirado em qualquer fase do estudo sem penalização. c) Dentro dessas condições autorizo o uso de minhas opiniões expressas na lista de discussão, postadas no período de 01/01/2004 à 31/07/2005.

_____ de _____ de 2005.

Pesquisado

Nome:

Ident:

Pesquisador

Odalci José Pustai

Ident: 13728 CREMERS

contato: 51-98056576

ANEXO V

CARTA PARA OS MEMBROS DA LISTA DE DISCUSSÃO DA SBMFC

Caro(a) participante da lista de discussão da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

Meu nome é Odalci José Pustai. Sou médico, professor da FAMED/UFRGS, regente do Internato de Medicina de Família e Comunidade e doutorando em Educação na UFRGS. O título, ainda provisório, da tese que estou desenvolvendo é: “A ‘ordem’ *de-vida* para o médico pensar o paciente: Uma ontologia espinosana de ser humano na medicina”.

Assim como vocês, também sou membro desta lista de discussão. Comecei a observar que o conteúdo das discussões poderia constituir material empírico interessante para a minha tese. Dessa maneira, passei a gravar todas as mensagens que abordavam questões vinculadas a determinadas categorias do meu objeto de estudo. O material gravado é limitado ao período de 01/01/2004 a 31/01/2005. Para que eu possa utilizar esse material, preciso de um Consentimento Informado de cada um dos membros da lista, dos quais eu separei material relevante para um possível aproveitamento na tese. Como você está recebendo esse e-mail, é um dos 58 membros da lista geral que teve material selecionado. Assim, estou enviando uma cópia eletrônica do Consentimento Informado para seu conhecimento, e, se estiver de acordo, peço a gentileza de me enviar por e-mail o seu endereço postal completo para que eu possa encaminhar uma carta com o seguinte conteúdo: Consentimento Informado (em papel para ser assinado); Envelope com selo e já endereçado, pronto para ser postado.

Obs. O referido material empírico é uma parte de um conjunto de outros materiais que vão ser analisados para a tese. No entanto, gostaria muito da sua colaboração para poder contar com esse material, pois acredito que o meu trabalho poderá ser de utilidade para os médicos que atuam em APS.

Grato pela atenção e colaboração,

Odalci José Pustai

Departamento de Medicina Social FAMED/UFRGS

ANEXO VI

A CONSULTA MÉDICA EM CENA: RECONSTRUINDO A ARTE DE CURAR NO PALCO

Performances – A parte prática do projeto

As performances são feitas em três ambientes diferentes. Uma, em que um aluno do Internato de Medicina social faz uma entrevista com um personagem, assistido pelos seus colegas e professores para discussão posterior. Nessa modalidade existe uma resistência por parte dos alunos com diferentes alegações. A principal é de que eles não gostam de se expor frente aos colegas e professores, principalmente quando já se consideram praticamente médicos. Foi observado que o desempenho dos alunos realmente sofre influência dessa exposição muito direta. Mas houve muitos alunos que gostaram de fazer a atividade, e a discussão posterior sempre foi muito rica pelas possibilidades de aprendizado das diversas abordagens em cada situação.

Uma variante desse primeiro modelo é quando um professor faz a entrevista; então os alunos assistem e é procedida uma discussão posterior. A melhor aprendizagem desse procedimento está no fato de o professor se expor e mostrar que, apesar de sua experiência ser maior, ele sempre pode aprender. O exemplo de o professor também expor suas dificuldades estimula o aluno a fazer o mesmo, aproveitando essas oportunidades para identificar dificuldades; e, com a ajuda dos colegas e professores, a buscar as melhores alternativas para cada situação.

No segundo ambiente, o aluno faz a entrevista com um personagem assistido por um professor, em sala isolada. Nessa modalidade, o aluno consegue mais facilmente incorporar a situação de médico; além disso, os entrevistados têm se mostrado de grande valor para treinamento de habilidades de comunicação. A

possibilidade de o professor assistir a entrevista como “sombra” propicia a oportunidade para um diálogo posterior com grandes chances de se abordar as reais dificuldades de uma consulta médica.

Em geral, os alunos aceitam muito bem o diálogo, que tende a ser uma auto-avaliação dos próprios alunos, ajudados por questionamentos do professor. Quando eles percebem que o objetivo principal da atividade é melhorar sua performance a partir de constatação própria de pequenos erros, vícios, posturas inadequadas, ou não percepção de mensagens subjetivas ou indiretas do personagem, conquistam um aprendizado diferente, pouco valorizado na instituição, e percebem que essas oportunidades são tão importantes que podem ajudá-los a compreender melhor os pacientes e, assim, serem melhores médicos.

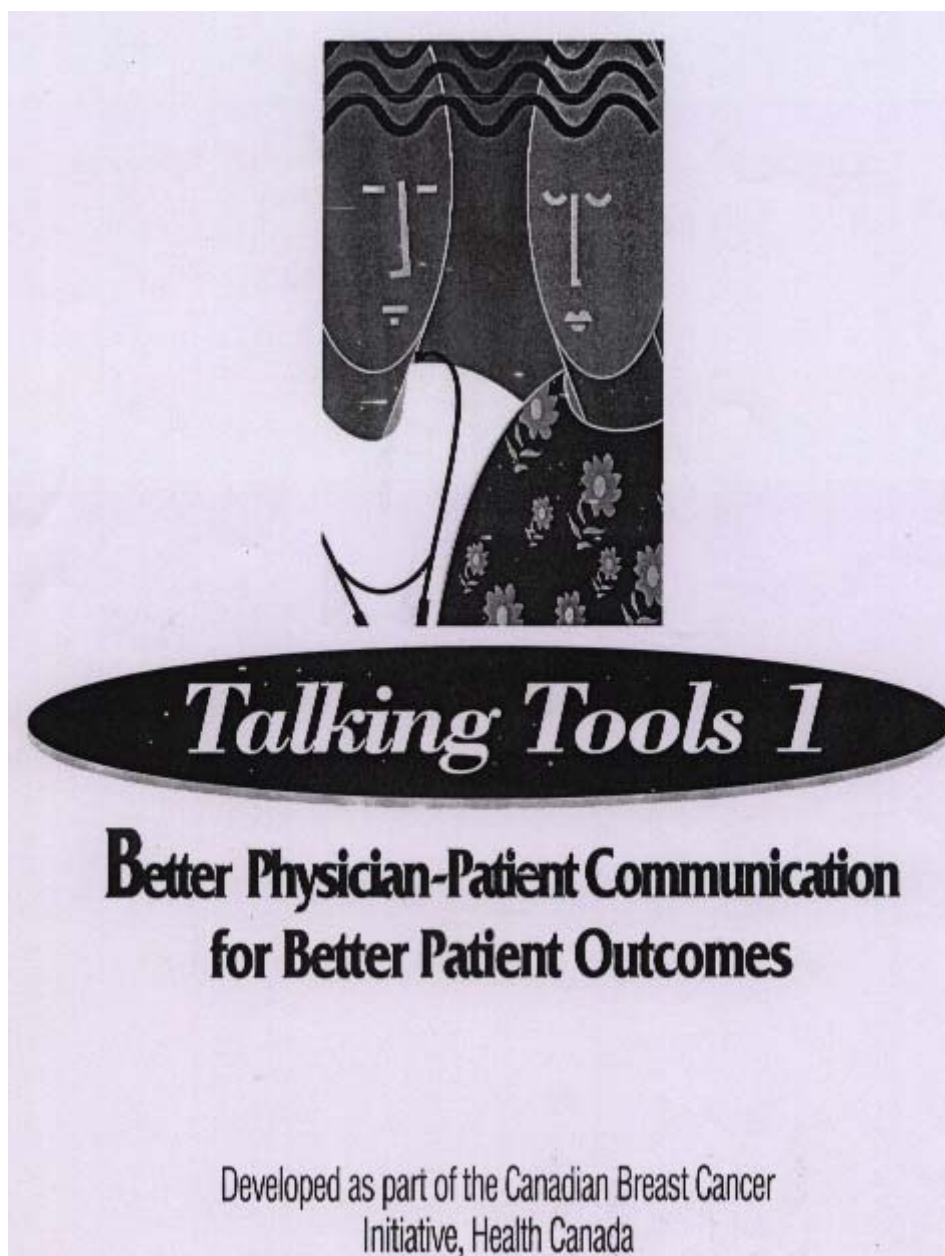
A última modalidade é quando a performance é gravada em fita de vídeo e reproduzida em sala de aula. Nessa modalidade, o aluno que faz a gravação leva a fita para a casa onde a assiste. Pode, então, avaliar a sua própria atuação e decidir se apresenta ou não a consulta. Assim, ele poderá mostrar seu trabalho aos colegas e professores, com condições de oferecer-lhes, ele próprio, uma apreciação crítica de seu desempenho. Dessa maneira, ele se antecipa no jogo psicológico e escapa do constrangimento de ver seus erros afrontados por terceiros. Enquanto grupo, superada a questão de afrontar erros, ele se torna mais desarmado e operativo, abrindo boas possibilidades de uma discussão mais aprofundada sobre os termos relevantes da performance.

Nas modalidades em que os colegas assistem à performance, é feita a combinação de que todas as intervenções devem começar com a expressão “eu faria ...”, isso para evitar uma postura excessivamente crítica apontando “erros” durante a consulta. Além disso, o projeto parte do pressuposto de que uma consulta

é sempre singular e o encontro de duas partes que interagem em um processo único. Assim não existiria uma consulta certa e outra errada, mas abordagens e táticas diferentes. O que está em julgamento é a eficiência do processo de consulta.

ANEXO VII

BREAST CANCER VIDEO SCRIPT





Breast Cancer Video Script

PHYSICIAN: Hi, Mrs. Wilson. Good to see you again. How can I help you today?

MRS. WILSON: I don't think it's very important doctor and that I'm maybe taking up your time, but I've noticed a very small lump in my breast.

PHYSICIAN: How long have you had that lump for?

MRS. WILSON: Oh, about two months, maybe longer. I'm not exactly sure.

PHYSICIAN: Any other problems with it at all?

MRS. WILSON: No. None.

PHYSICIAN: No swelling, no discharge, no pain?

MRS. WILSON: Nothing.

PHYSICIAN: No discolouration?

MRS. WILSON: No. No.

PHYSICIAN: All right. Any particular concerns with it all?

MRS. WILSON: Well, I don't think it's very important — but, I'm sure it isn't — but I just thought I would come in and let you check it.

PHYSICIAN: Okay, so what you want me to do is just check it out.

MRS. WILSON: Yes please.

PHYSICIAN: Okay. Well, why don't I step out and a nurse will get you a gown. I'll come in and I'll check it and then we'll take it from there. How would that be?

MRS. WILSON: Thank you.

PHYSICIAN: Okay, give me a moment.

[FADE]

- PHYSICIAN:** Hi. You do indeed have a lump there — quite a large lump.
- MRS. WILSON:** Oh, it was a small one.
- PHYSICIAN:** Either way ...
- MRS. WILSON:** It was.
- PHYSICIAN:** Sure, I'm sure. And I think what we need to do is quite quickly move ahead and get a biopsy.
- MRS. WILSON:** A biopsy?
- PHYSICIAN:** Well, you know, it could be quite serious, and the best thing to do is get a biopsy and I think what we can do is get that set up and do that quite quickly.
- MRS. WILSON:** I'm not here to have a biopsy. I just came to have it checked.
- PHYSICIAN:** Well, I still think it's really important. It's really important to get checked because it could be quite serious.
- MRS. WILSON:** I'm not prepared for that. So thank you very much for seeing me.

[BREAK FOR ROLE PLAY AND DISCUSSION]

- MRS. WILSON:** I'm not here to have a biopsy. I just came to have it checked.
- PHYSICIAN:** Well, I still think it's really important. It's really important to get checked because it could be quite serious.
- MRS. WILSON:** I'm not prepared for that. So thank you very much for seeing me.
- PHYSICIAN:** Well, maybe I've been a little quick and a little abrupt Mrs. Wilson. It's obviously been — you know that was quite shocking news I gave you. And maybe you could just tell me — you look really upset — can you tell me what that's been like for you.

Talking Tools 1

Better Physician-Patient Communication for Better Patient Outcomes

- MRS. WILSON:** Well I think ...
- PHYSICIAN:** Umhumm ...
- MRS. WILSON:** You're telling me what — really — that's it's serious.
- PHYSICIAN:** Yes, it could be serious. Umhumm. Yeah, it could be. You must be very scared.
- MRS. WILSON:** (pause) I've been through this already with my sister.
- PHYSICIAN:** Yes? You have? In what way?
- MRS. WILSON:** She had the same thing. And she had all the treatment and on and on and on — and she still died.
- PHYSICIAN:** That must have been awful for you.
- MRS. WILSON:** She still died ... (crying) ... I'm sorry.
- PHYSICIAN:** No, that's perfectly okay. Well, no wonder this is very distressing for you — not only for me to tell you you have a lump, but not knowing what you've seen before with your sister.
- MRS. WILSON:** I don't really want to talk about it.
- PHYSICIAN:** That's perfectly okay.
- MRS. WILSON:** I don't.
- PHYSICIAN:** That's okay and that's not a problem. Maybe what I might suggest, and knowing how upsetting this is, is going out, maybe setting up another appointment in a few days — no rush — giving you some time to think about it, and when you talk to your family and friends ...
- MRS. WILSON:** I'm on my own now.
- PHYSICIAN:** Sure. Well that's okay. But if there's any support or anything else, or just thinking about ... and when you come in with — I'm sure you've got lots of questions, things you may be concerned about or information you may need to know. But if we give it a few days and let you think about it, all right, and then you can come back and then we can talk about it. I think it's important, you know, to move — you know, after we talk about it, it's your decision — whatever you want. I'll tell you what I think will be needed and what might be some of your choices. But after that, it's really up to you. How would that be?

- MRS. WILSON:** I can't think about it right now.
- PHYSICIAN:** That's perfectly understandable. It's been quite a shock.
- MRS. WILSON:** Yes it has.
- PHYSICIAN:** Umhumm.
- MRS. WILSON:** It has.
- PHYSICIAN:** So how would that be? If we set up another time ...
- MRS. WILSON:** I'm sorry. What did you say?
- PHYSICIAN:** Well, what I suggest is that we set up another appointment in a few days time and we'll give ourselves lots of time. And it will give you an opportunity to ask any questions — talk about what you're concerned with, and then I'll do my best to answer those questions. And then you can decide what you would like to do — whether you want treatment or investigations or whatever you would like to do. How would that be with you?
- MRS. WILSON:** That sounds as much as I can manage I think. Thank you.
- PHYSICIAN:** I can appreciate that. Is there anything else I can do for you today?
- MRS. WILSON:** I think you've done enough.
- PHYSICIAN:** So why don't we go on and I'll set up that appointment now. How would that be?
- MRS. WILSON:** Yes. Thank you.
- PHYSICIAN:** Okay, why don't we go and do that now.

[CRITICAL REFLECTION]

(Optional: Physician assesses the interview.)



50

Presenter's Script

