

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Faculdade de Medicina**  
**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde**

Ricardo de Menezes Macedo

**A Renúncia à Arte**

A norma contemporânea e sua influência na prática médica pós-moderna

Belo Horizonte  
2009

Ricardo de Menezes Macedo

**A Renúncia à Arte**

A norma contemporânea e sua influência na prática médica pós-moderna

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Doutor em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Ciências da Saúde

Linha de Pesquisa: Infectologia e Medicina Tropical

Orientador: Professor Dirceu Bartolomeu Greco

Coorientador: Professor Célio Garcia

Belo Horizonte  
2009

M543r Macedo, Ricardo de Menezes  
A renúncia à arte: a norma contemporânea e sua influência na  
prática médica pós-moderna / Ricardo de Menezes Macedo. Belo Horizonte:  
2009.  
232 f: il.  
Formato PDF.  
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Dirceu Bartolomeu Greco.  
Orientador (a): Célio Garcia.  
Área de Concentração: Infectologia e Medicina Tropical  
Tese (Doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de  
Medicina.

1. Medicina. 2. Arte. 3. Ciência. 4. Pós-modernismo. 5. Desempenho  
profissional/tendências. 6. Satisfação no Emprego. 7. Papel do Médico. 8.  
Médico/ética. 9. Tempo. 10. Dissertação Acadêmica. I. Greco, Dirceu  
Bartolomeu. II. Garcia, Célio. III. Universidade Federal de Minas Gerais,  
Faculdade de Medicina. IV – Título

NLM: W 50



FACULDADE DE MEDICINA  
 CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
 Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533  
 Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100  
 Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640



ATA DA DEFESA DE TESE DE DOUTORADO de **RICARDO DE MENEZES MACEDO**, nº de registro 2005202350. Às quatorze horas do dia **onze do mês de novembro de dois mil e nove**, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG, a comissão examinadora de tese indicada pelo Colegiado do Programa, para julgar o trabalho final intitulado: **“A RENUNCIA À ARTE: A NORMA CONTEMPORÂNEA E SUA INFLUÊNCIA NA PRÁTICA MÉDICA PÓS - MODERNA”**, requisito final para a obtenção do grau de Doutor em Medicina, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical. Abrindo a sessão, o presidente da comissão, Prof. Dirceu Bartolomeu Greco, após dar a conhecer aos presentes o teor das normas regulamentares do trabalho final, passou a palavra ao candidato, para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a comissão se reuniu sem a presença do candidato e do público, para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Prof. Dirceu Bartolomeu Greco/Orientador	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovado</u>
Prof. Célio Garcia/Coorientador	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovado</u>
Prof. Roberto Assis Ferreira	Instituição: UFMG	Indicação: <u>APROVADO</u>
Prof. João Batista Libanio	Instituição: Faculdade Jesuita de Filosofia e Teologia	Indicação: <u>Aprovado</u>
Prof. Paulo Antonio de Carvalho Fortes	Instituição: USP	Indicação: <u>Aprovado</u>
Prof. Gabriel Wolf Oselka	Instituição: USP	Indicação: <u>Aprovado</u>

Pelas indicações, o candidato foi considerado: Aprovado  
 O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pelo presidente da comissão. Nada mais havendo a tratar, o presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 11 de novembro de 2009.

Prof. Dirceu Bartolomeu Greco/Orientador [Signature]  
 Prof. Célio Garcia/Coorientador [Signature]  
 Prof. Roberto Assis Ferreira [Signature]  
 Prof. João Batista Libanio [Signature]  
 Prof. Paulo Antonio de Carvalho Fortes [Signature]  
 Prof. Gabriel Wolf Oselka [Signature]  
 Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha/Coordenador [Signature]  
 Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha  
 Coordenador do Curso de Pós-Graduação  
 em Infectologia e Medicina Tropical

À Bia,  
Que me dá amor,  
E que me deu Francisco.

Agradeço,

Ao Célio Garcia, por tudo, sempre;

Ao Dirceu Greco pelo apoio, incentivo e confiança;

Aos que participam dos Seminários da Rua Santa Maria de Itabira, coordenado pelo Célio Garcia, pela atenção em escutar essas idéias e pela contribuição sempre proveitosa e instigante;

Aos amigos Fernando Botoni e Sérgio de Campos, por serem amigos de tanto tempo e por tanto terem ajudado com opiniões e sugestões sobre a medicina; através deles agradeço aos médicos com quem convivi nos últimos anos. Foi a partir desta observação cotidiana que pude formular as impressões que apresento neste trabalho;

A Rogério Gerspacher Lara pelas conversas proveitosas nos últimos anos;  
Aos professores Ana Maria de Oliveira Galvão, Luiz Alberto Oliveira Gonçalves, e José Carlos Serufo e à doutoranda Maria Aparecida Alves Ferreira por tão bem terem qualificado esta tese. Espero, pelo menos em parte, ter correspondido;

À Felícia Araújo Panzera, pelo carinho com que me ajudou na revisão do texto.

“Ao que não podemos chegar voando, temos que chegar manquejando”.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Versão de um trecho dos *magamat* (cenários ou sessões) de al-Hariri (que viveu entre 1054 – 1122), segundo tradução que consta em: FREUD, S. Mais além do princípio do prazer. Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora, v. XIII, 1976. p. 85.

## RESUMO

Os princípios da medicina são nobres e de grande valor para os médicos e para a sociedade. São descritos na literatura de várias formas, podemos resumi-los como: a primazia do bem-estar do paciente, o princípio da autonomia do paciente e o princípio da justiça social. Para alcançá-los, deles se desdobram a relação médico-paciente, a arte médica, a ética, a solidariedade, a ciência. No entanto, estes são profissionais que hoje se ressentem de grande insatisfação no seu trabalho. Há uma aparente contradição no entendimento deste fenômeno.

Esta tese tem como objetivos o papel ou efeito destes princípios no mundo contemporâneo, como também, avaliar se eles são capazes, diante da alta modernidade, de aliviar o mal-estar que os médicos sentem em relação à sua profissão. A aparente contradição entre os fundamentos da modernidade – como a razão técnico/científica e econômica – e os princípios da medicina foi objeto deste estudo. O método utilizado foi um Ensaio Teórico.

Conclui-se que os princípios da medicina estão na contramão da alta modernidade, mas os médicos, ao contrário estão com ela identificados. Os norteadores contemporâneos estão em função de um *Homo oeconomicus* que normaliza o indivíduo o obscurece o sujeito. Assim, o médico, na procura de segurança, abdica de sua arte, lugar perigoso e repleto de incertezas. Os princípios da medicina, nos estimulando à uma postura moral e solidária, sofrem transformações na alta estrutura da sociedade, e acabam nos retornando de forma modificada, reflexivamente, operando com eficiência os mecanismos de controle do tempo. Dessa forma, ao forçar o médico à restrição do contato com o doente, a modernidade os obriga à recorrer à técnica; não apenas pela sua função instrumental, mas para aliviar sua ansiedade. Como resultado, a primazia do doente se transmuta em consumo desenfreado; este sim um ícone de nosso tempo.

**Palavras-chave:** Medicina; Arte; Pós-modernidade; Ciência; Crítica aos médicos; Insatisfação; Experiência; Técnica; Sujeito Moderno; Biopoder; Tempo.

## ABSTRACT

The principles of the medicine are noble and of great value for the doctors and the society. They are described in the literature of some forms, we can summarize them as: the priority of well-being of the patient, the beginning of the autonomy of the patient and social justice. To reach them, of them if they unfold the relation doctor-patient, the medical art, the ethics, solidarity, science. However, these are professionals who today take offense themselves at great dissatisfaction in its work. It has an apparent contradiction in the agreement of this phenomenon.

This thesis has as objective the paper or effect of these principles in the world contemporary, as well as, to evaluate if they are capable, ahead of high modernity, to alleviate the malaise that the doctors feel in relation to its profession. The apparent contradiction enters the beddings of modernity - as reason the scientific and economic technician/- and the principles of the medicine was the object of this study. The used method was a Theoretical Assay.

One concludes that the principles of the medicine are in the opposite direction of high modernity, but the doctors, in contrast are with it identified. The contemporaries' principles are in function of a *Homo oeconomicus* that normalizes the individual overshadows it the citizen. Thus, the doctor, in the security guard search, abdicates of its art, dangerous place and replete of uncertainties. The principles of the medicine, in stimulating to the one the moral and solidary position, suffer transformations in the high structure from the society, and finish in returning from modified form, reflexivity, operating with efficiency the control mechanisms it time. Of this form, when forcing the doctor to the restriction of the contact with the sick person, compels them to modernity to appealing to the technique; not only for its instrumental function, but to alleviate its anxiety. As result, the priority of the sick person if transmute in wild consumption; this yes an icon of our time.

**Keywords:** Medicine; Art; Post-modernity; Science; Criticism of doctors; Dissatisfaction; Experience; Technique; Modern Subject; Biopower; Time.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABIM	<i>American Board of internal Medicine Fundation</i>
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACC	<i>American College of Cardiology</i>
ACP–ASIM	<i>American College of Physicians–American Society of Internal Medicine</i>
AHA	<i>American Heart Association</i>
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
ATS	<i>American Thoracic Society</i>
BARI	<i>Bypass Angioplasty Revascularization Investigation</i>
COVERAGE	<i>Clinical Outcomes Utilizing Revascularization and Aggressive DrugEvaluation</i>
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
EAST	<i>Emory Angioplasty Revascularization Investigation</i>
EBM	Evidence-based medicine ( <i>Medicina baseada em evidências</i> )
FBM	<i>Faith-based medicine</i> ( <i>Medicina baseada na fé</i> )
FRACGP	<i>Fellowship of the Royal Australian College of General Practitioners</i> )
INCOR	Instituto do Coração - SP
MMS	Massachusetts Medical Society
PAC	Pneumonias adquiridas na comunidade
PSF	Programa de Saúde da Família
SMSA/PBH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SOLVD	<i>Studies of Left Ventricular Dysfunction</i>
TADS	Treatment for Adolescents With Depression Study
TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
TPM	Tensão Pré-Menstrual
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
VPP	Valor preditivo positivo

## SUMÁRIO

<b>1 – Introdução</b> .....	13
1.1 – Motivações pessoais .....	15
1.2 – Contextualização do problema.....	17
1.2 – Algumas perguntas a serem analisadas.....	18
<b>2 – Objetivos</b> .....	23
<b>3 – Método</b> .....	25
3.1 – O ensaio teórico.....	30
3.2 – A leitura deste trabalho.....	33
<b>4 – Revisão crítica da Literatura</b> .....	34
4.1 – Bases teóricas da discussão.....	35
4.1.1 – Os conceitos de modernidade .....	39
4.1.2 – O sujeito Instrumentalizado.....	48
4.1.2.1 – E espírito do capitalismo Max Weber.....	49
4.1.2.2 – A civilização segundo Freud .....	54
4.1.2.3 – A arte e técnica segundo Heidegger.....	63
4.1.2.4 – O biopoder, segundo Foucault.....	71
4.2 – Modernidade e medicina.....	80
4.2.1 – Os princípios da medicina .....	82
4.2.2 – A crítica aos médicos e à medicina.....	85
4.2.3 – A insatisfação para com o exercício da medicina.....	94
4.2.4 – O sujeito moderno.....	105
4.2.5 – A norma médica contemporânea.....	124
4.2.5.1– Experiência e ciência.....	138
4.2.5.2 – A exigência de justificação.....	150
4.2.5.3 – A paixão “inocente” pela ordem – classificar para medicar.....	157
4.2.5.4 – O tempo, ferramenta para normalizar.....	167
<b>5 – Discussão</b> .....	174
5.1 – A medicalização da existência.....	175
5.1.1 – A solidão dos moribundos.....	182
5.2 – O “teocientificismo” (ou a medicina baseada na fé) .....	185
5.3 – O médico e o paciente – uma relação sem sujeito.....	196
5.4 – A medicina <i>prêt-à-portér</i> .....	202
5.5 – A renúncia à arte.....	205
<b>6 – Conclusões</b> .....	211
<b>7 – Referências</b> .....	214

## 1 - INTRODUÇÃO

## 1 – Introdução

Nas últimas décadas, os médicos e a própria prática médica têm passado por mudanças tanto do ponto de vista tecnológico, como também quanto as características subjetivas do trabalho médico. Nota-se que, mesmo em situações onde as condições são satisfatórias – como remuneração e acesso a avançadas técnicas da medicina –, há uma evidente insatisfação para com a profissão médica (ZUGER, 2004). Pode-se dizer que a atividade médica está sob uma permanente aura de insatisfação. Indo um pouco mais longe, a prática médica vive hoje um ambiente de profundo mal-estar.

A importância de tal tema levou uma série de entidades a se preocuparem permanentemente com o tema. Entre elas, a Fundação ABIM (*American Board of Internal Medicine Foundation*) lançou um projeto no ano 2000, que divulgou em todo o mundo a “Carta sobre o Profissionalismo Médico”, cuja premissa introdutória dizia que as mudanças nos sistemas de saúde nos países do mundo industrializado ameaçam profundamente os valores da profissão médica. Os autores avançam ainda mais indicando que as condições da prática médica moderna podem incentivar os médicos a abandonar seu compromisso para com a primazia do bem-estar do seu paciente. Tal documento foi simultaneamente publicado em duas revistas médicas – *Annals of Internal Medicine* e *Lancet*, em 2002. Quinze meses depois (BLANK *et al.*, 2003) o projeto conseguiu publicar a carta nas principais revistas de saúde do planeta e traduzido por uma dezena de línguas, incluindo o português. Desde então, este documento é referência introdutória em um dos principais livros de medicina interna como o *Cecil, Textbook of Medicine* (GOLDMAN *et al.*, 2008).

Como veremos adiante, esse documento parte de três princípios e dez compromissos a serem observados pelos médicos: a prioridade do cuidado do paciente, seguido da autonomia do paciente e da justiça social. O médico deve não apenas estar atento, mas preparado para alcançar esses princípios junto ao paciente. Ou seja, a relação médico-paciente deve-se prolongar muito além da relação estabelecida no ambiente da atenção.

Porém, nos últimos 20 anos, exerci a medicina observando esses princípios, mas sempre indagando se eles eram os valores que norteavam a profissão médica. Havia uma certa contradição: como poderia uma profissão alicerçada por princípios tão nobres e humanitários, estar sujeita a uma insatisfação como aquela que aparece não apenas nas publicações médicas como me era revelada cotidianamente na prática médica nas últimas duas décadas?

Uma tal contradição percebida por um clínico e professor universitário não poderia apenas ser motivo de discussão informal entre seus colegas. Eu acreditava que esse tema deveria ser submetido a discussão formal nas instâncias da Universidade, em especial na Faculdade de Medicina da UFMG. Afinal, é neste ambiente que se formam os médicos. Esta é a razão deste doutorando. Junto aos meus orientadores, propomos submeter à academia as impressões sobre o pensamento médico e sua influência sobre a sua prática cotidiana.

Nos capítulos que se seguirão, tentaremos compreender um pouco mais sobre esse sentimento de mal-estar do médico contemporâneo. Lembremos que esse profissional conta – em que pese todas as pressões políticas e sociais sobre sua profissão – com o respeito da sociedade, sendo indubitável o valor subjetivo dessa profissão, sustentada em valores e princípios cuja influência social é inquestionável. Porém, mesmo que esses princípios sejam reiteradamente divulgados para os estudantes de medicina durante sua formação e, posteriormente, durante a vida profissional, parece que eles ainda não são suficientes para atenuar o mal-estar que permeia a profissão.

Não nos preocuparemos aqui em validar esse sentimento ou buscar na palavra do médico uma causa ainda inexplicável para esse fenômeno. Nossa preocupação será avaliar o papel desses princípios no mundo contemporâneo, sua força para subsistir num tempo em que tais princípios, talvez, estejam em conflito com o seu tempo, e com a própria modernidade. Dessa forma, nosso objetivo será procurar uma janela – através da contradição vivida pelo médico – para tentar compreender o próprio mundo moderno e perscrutar quais são seus reais valores.

## 1.1 - As motivações pessoais

A clínica nos fornece alguns parâmetros para a tomada de decisões. Mesmo que um diagnóstico já esteja formulado, ou mesmo após iniciarmos a propedêutica ou a terapêutica, sempre nos colocamos em alerta para outras possibilidades de intervenções. Observar, ainda que aparentemente as conclusões já se avizinhem, é o imperativo da clínica, ou da arte médica, como dizia Willian Osler (1901)

O início da prática clínica para este doutorando data de 1986. Até aqui são 22 anos de atividade profissional diária. Durante cerca de nove anos militei no chamado movimento médico, seis deles como presidente do Sindicato dos Médicos do Estado de Minas Gerais. Parte desse período ocupei-me ativamente da Federação Nacional dos Médicos, onde, por três anos, fui o secretário geral da instituição.

O movimento político sindical era formado por militantes cuja origem, em grande parte, havia se dado no movimento político originário da esquerda brasileira. Havia neste movimento forte influência partidária, notadamente do Partido dos Trabalhadores e do Partido Comunista do Brasil, ao qual eu era filiado.

No entanto, a vivência médica e política carecia – e, acredito, ainda carece – de maior formulação teórica sobre as origens e motivações contemporâneas das atividades tanto médicas quanto políticas.

Esta vivência fez de mim um ouvinte contumaz, tanto das aflições cotidianas por que passavam os médicos – recebia-os diariamente no sindicato – como, também, dos dirigentes das instituições que se julgavam representativas dos médicos.

As relações entre trabalho e capital eram a principal atividade sindical. Porém, eu notava que o queixume diário, como também as alternativas apresentadas pelas lideranças médicas, quase que invariavelmente, recebiam um tratamento voluntarioso, carente, sob todos os aspectos, de uma formulação teórica que

contextualizasse melhor nossa atividade, que nos pusesse a compreender com maior propriedade os motivos da condição médica e, por conseguinte, apontasse alternativas e estratégias mais elaboradas na solução dos problemas.

Nesse tempo, eu observava que a disputa de poder nas instituições ocupava sobremaneira as lideranças médicas e o tempo dedicado ao trabalho sindical, muito além do tempo devotado a solução dos problemas em si.

A disputa de poder para aplicar-se uma política não é, a rigor, um ato depreciativo, ou muito menos propriedade de uma categoria profissional. Porém, sem que me ocupasse com qualquer elaboração teórica, eu percebia que havia um descompasso entre o discurso dirigido aos médicos e a real atividade política dos dirigentes institucionais.

É natural que lideranças políticas queiram alçar vôos mais altos no sentido de ver realizado o projeto político que pretendam alcançar.

No curso deste tempo, sempre me intrigou a falta de uma teorização sobre a realidade médica, muito além dos trabalhos de pesquisa que visavam retratar a realidade, ao invés de interpretá-la.

Não se pode negar que a atividade política, alicerçada no sentimento voluntarioso pouco elaborado, sem uma metodologia adequada, ainda que bem intencionada, pouco aponta para a solução de problemas, uma vez que essas contradições são mal compreendidas. Quando muito, faz com que as lideranças sindicais se lancem na carreira política, levando consigo o sentimento voluntarioso e, em consequência disso, conduzidas pela vida institucional se distanciem, lentamente, da ideologia que as originou.

Por fim, todo esse tempo em que me dediquei à clínica médica e à atividade política, não poderia, com meu afastamento da atividade política institucional, ficar sem uma elaboração teórica sobre o que mais presenciei entre os médicos, individual ou coletivamente: um grande mal-estar e uma ausência de reflexão sobre as causas e consequências dessa condição.

## 1.2 – A contextualização do problema

No período em que eu me preparava para iniciar um projeto de doutorado, cuja preocupação era a de um ensaio clínico, a vontade de me debruçar sobre a própria atividade clínica, a chamada arte médica, era uma constante. Não posso negar que um fato curioso foi o ponto de partida para uma tomada de decisão sobre os rumos de minha pós-graduação. Relato-o aqui.

Como professor homenageado por uma turma de alunos, eu participava de uma mesa numa solenidade de formatura de 160 futuros médicos da Universidade Federal de Minas Gerais. O discurso proferido pelo paraninfo da turma – um professor muito querido pelos formandos e, também, pela comunidade acadêmica – impressionou a todos. A capacidade da oratória do professor era algo realmente notável. A reação do público presente – cerca de seis mil pessoas – marcava uma empatia inquestionável para com as idéias do orador, representada por uma atenção unânime. Quase não se ouvia os murmúrios ou manifestações de desatenção comuns nestas situações, vindas de um público emocionado e atentíssimo. Ao término de sua irreparável oratória, a ovação emocionada que recebeu fazia crer que aquilo que o professor dizia era uma verdade inquestionável.

Lembrei-me do discurso que eu ouvia cotidianamente dos médicos e de suas lideranças. A fala era semelhante. No entanto, se fosse possível subtrair daquele brilhante discurso de improviso os adjetivos e substantivos que o compunham, poderíamos dizer que o que permeia o pensamento médico – repito, com o aparente aval de todos –, seriam algumas premissas que podemos encontrar na quase totalidade dos discursos de formatura: a medicina é alicerçada pela relação médico-paciente, pelo pensamento humanista e altruísta, pela ciência, pelo sentimento de solidariedade para com o paciente e a sociedade, pelo bom senso, pela ética médica e, orquestrando todos estes princípios – podemos dizer, dons –, estaria a figura onipresente de Deus, guiando as mãos do médico. Pode-se dizer que os princípios ali reunidos em discurso, eram de certa forma muito semelhantes aos que as entidades

médicas internacionais sustentavam como princípios fundamentais da medicina moderna, como os descrito no capítulo 4.2.1 deste trabalho.

Perguntei a um professor ao lado - que se mostrava verdadeiramente impressionado – sobre o que havia acontecido. Sua primeira impressão era de encantamento, sentimento que me pareceu influenciado pela emoção emanada tanto do orador quanto da platéia. Porém, eu lhe perguntei: mas quanto ao que foi dito, aqueles princípios da medicina, teriam eles mesmo a estatura de uma verdade inquestionável? O trabalho cotidiano do médico hoje, numa contemporaneidade moldada pela modernidade, seria realmente determinado pelos postulados que acreditamos, ou melhor, que desejamos serem os genuínos e norteadores da arte médica? Ou ainda, um pouco mais adiante: se nomearmos estes postulados como o “sentido” da coisa, da arte médica, a compreensão deste sentido a partir de uma forma dogmática é o melhor caminho para compreendê-lo?

Uma primeira reflexão me diria que sim. Entretanto, tanto do ponto de vista do imaginário das pessoas quanto ao que é dito pela academia, nos colocamos numa posição em que, ao questioná-los, correríamos o risco de sermos acusados de transgressores em relação a uma ética cristalizada ao longo dos tempos. Não era essa a nossa intenção. Antes de contrapor, pretendíamos entender.

### **1.3 – Algumas perguntas a serem analisadas**

Refletindo sobre este estado de coisas, observa-se que há uma contradição entre o discurso médico e a realidade vivida por estes profissionais, seja no campo público ou privado. Uma primeira impressão poderia indicar que o fator preponderante desta nova condição médica poderia estar relacionado a preponderância das políticas chamadas “de mercado”, forma de pensar preponderante na vida contemporânea. Mas isto era muito pouco. Minha militância política pregressa por certo me cedeu os substratos necessários para

alimentar muitas dúvidas. Mas eu poderia estar ainda ocupado pelo viço da atividade política, pragmática em excesso, tendo como substrato intelectual apenas a correlação entre as forças atuantes, encontrando razões ou culpados imediatos para satisfazer nossas tênues certezas.

Assim, eu corria o risco de, ao pretender dar tratamento mais aprofundado às minhas dúvidas, chegar ao mesmo lugar onde o senso comum impera, sugerindo que os médicos estariam apartados do seu juramento original ou de qualquer espírito universal e, forçados pela sobrevivência, permitiriam a predominância do mercado, do dinheiro, sobre a sua chamada arte.

Mas seria isto mesmo? Uma categoria poderia perder, coletivamente, seu caráter? Ou ainda, qual seria o seu caráter original? Haveria algum, do ponto de vista coletivo? E, por que, indo um pouco mais longe, este caráter teria tomado as feições que se lhe apresentam agora? Ou mesmo, este desenho da medicina – reconhecido como novo, ou contemporâneo – lhe é salutar ou não? É inexorável ou não?

Fato é que estas dúvidas não podem permanecer sem uma reflexão mais aprofundada, sem um trato acadêmico, sob o risco de caminharmos mais em função das circunstâncias do que em função da razão. Estas contradições e suas origens, por certo, permeiam a vida cotidiana daqueles que se dedicam a medicina.

O trabalho médico hoje, numa contemporaneidade moldada pela modernidade, seria realmente determinado pelos princípios que acreditamos, ou melhor, que desejamos serem os genuínos e norteadores da arte médica? Ou ainda, um pouco mais adiante, se nomearmos estes princípios como o “sentido” da arte médica, resistir em pensar sobre eles diante das circunstâncias do mundo moderno é o melhor caminho para compreendemos o que se passa com o médico no mundo contemporâneo?

Havendo uma contradição, devemos nos perguntar sobre o que falta a estes princípios que lhes proporcione condições para sustentar ou formular o sentido moderno da medicina. Ou ainda, não havendo sentido nominado, a uma primeira visão, podemos nos ver tomados de um certo mal-estar, por estar

anunciando uma certa desesperança quando não encontramos alternativas mais sólidas, ou sentidos mais concretos. Mas isto não nos autoriza a dizer que ela não existe. Nestas situações, a desconfiança das coisas nos faz pensar, refletir. A desconfiança é o pilar do pensamento dialético.

Há, ainda, de se perguntar: os mecanismos e as formas de atuarmos politicamente são eficientes? Ou o tempo não nos deu, ainda, a forma que produzisse um certo bem-estar? Ou os próprios mecanismos que elaboramos ao longo do tempo não dão conta de uma realidade adversa a qualquer elaboração institucional? Assim, caso a primeira preposição seja verdadeira, não nos caberá alternativa a não ser a de continuarmos caminhando com nossas limitações até que a desordem geral de tudo se funda num caos luminoso para, enfim, algo acontecer.

No entanto, cabe-nos responder a uma outra dúvida: os elementos políticos dos quais dispomos são aqueles capazes de alguma transformação? Ou este modelo se exauriu? Na possibilidade desta última preposição, estamos autorizados a refletir sobre nosso tempo presente, caso contrário, nos veremos sob o risco de caminharmos com ferramentas imprestáveis para a nossa época.

Assim, o tempo pós-moderno, ou da alta modernidade, como veremos adiante, em permanente crise e em colapso (KURZ, 1993), dá forma ao presente. Como nessa época das coisas objetivas é possível uma reflexão subjetiva? A solução para um retorno ao tempo perdido poderia ser realizada? Ela é necessária? Sob que nova forma ela viria? Alguns pensam que a arte é o único instrumento capaz de vislumbrar luz em qualquer escuridão. A compreensão da medicina como uma arte seria uma forma de libertá-la da concretude líquida das coisas? É possível, num mundo que adotou a linguagem econômica - e da sua medida em quantidade monetária - compreender outra linguagem que não fosse a da coisa ofertada? A arte, ou a medicina como arte, poderiam ser repensadas para libertá-las do deserto e da irreflexão?

Outro fator de interesse é a qualificação dos autores que escrevem sobre a atividade médica. Vários são filósofos, sociólogos, médicos que embrenharam

pela filosofia, psicanálise, e nestes campos do conhecimento alcançaram repercussão e sucesso. Recorreremos a eles com as devidas citações nas páginas seguintes. No entanto, pouco há na literatura, especificamente sobre o tema que proponho, em que o autor é um clínico, que vive e trabalha, diariamente, em uma atividade clínica, em contato contínuo com o doente. Os trabalhos sobre ética, atividade médica escritos por médicos clínicos, independente de sua especialidade, citam e discorrem sobre os postulados médicos que pretendo estudar, quase sempre reafirmando-os. Em resumo, meu objetivo é justamente o de criticar estes postulados como norteadores contemporâneos da atividade médica.

Este trabalho, portanto, é uma tentativa de crítica e compreensão dos princípios da medicina inscritos no mundo contemporâneo, escrito por quem vive, ensina e trabalha a clínica médica.

A justificativa de se debruçar sobre quais os fatores têm maior relevância e significado no mundo pós-moderno, em relação a profissão médica, encontra seu ponto de partida justamente no seu ponto de chegada: a insatisfação para com a prática médica.

## **2 – Objetivos**

## **2 – Objetivos**

- 1 – Identificar, descrever e analisar, a partir de autores de diferentes campos do conhecimento, as tensões existentes entre os princípios da medicina e o exercício da profissão na contemporaneidade;
  
- 2 – Analisar se os princípios da medicina na modernidade teriam o potencial de aliviar a insatisfação dos médicos na contemporaneidade.

### **3. Método**

### 3. Método

Este é um ensaio teórico. A escolha deste recurso para a elaboração desta tese não foi uma decisão fácil; afinal os ensaios não têm sido utilizados com freqüência nos estudos acadêmicos, em especial na medicina.

O desuso deste método, palavra essa cuja origem no latim tardio quer dizer “via, caminho” (CUNHA, 1997, p. 517) pode-se dever, dentre vários fatores, tanto a escassez de informações quanto a forma de utilizá-lo numa tese, como também por outras circunstâncias, como a própria forma de pensar da modernidade que prioriza o que é quantificado, ou provado, e não o que é refletido, pensado.

Quanto ao que é citado na literatura brasileira enquanto método de realização de teses, o ensaio é autorizado para esse fim, conforme nos orienta Medeiros (2000) e Severino (2007). No entanto, nos livros de metodologia publicados em português – como os citados – pouco há quanto à formalização e redação de um ensaio teórico. Por si só, por tão pouco lembrado, ao ensaio seguiu-se as imprescindíveis regras da técnica. Também, em alguns tratados de metodologia qualitativa, como o de Turato (2003), o ensaio teórico como método de redação e elaboração de idéias nem é citado.

Severino (2007) nos dá uma sugestão do que pretende um ensaio teórico, entretanto, ele apresenta apenas alguns passos indicativos da formulação geral desse processo. O autor nos diz que este trabalho consiste na exposição lógica e reflexiva com ênfase na argumentação e interpretação pessoal. Dentro deste processo reflexivo, o ensaio teórico dá maior liberdade ao autor do texto para associar, quando pertinente, as idéias encontradas na literatura em estudo e as suas próprias. Assim, uma visão analítica, para melhor compreensão do texto e das idéias, segue paralela a uma visão também crítica. Severino nos informa que é fundamental para o ensaio “o rigor lógico e a coerência de argumentação e por isso mesmo exige grande informação cultural e muita maturidade intelectual” (SEVERINO, 2007, p. 206-207).

Mas essas informações ainda não nos sustentam para conceitos mais amplos sobre a forma e o conteúdo do ensaio. É assim que encontramos em Theodor Adorno um texto sobre o que pretende o ensaio: “O ensaio como forma” (ADORNO, 2003)<sup>1</sup>. Este texto nos servirá como orientação para a presente formulação, como veremos mais adiante.

Antes, porém, precisamos destacar que este é um trabalho que repousa na dúvida e no diálogo com os livros e as idéias. É justamente refletindo sobre a dúvida que Descartes em 1641 inicia suas “Meditações Metafísicas” com o seguinte texto:

Há já algum tempo me apercebi de que, desde meus primeiros anos, recebera grande quantidade de falsas opiniões como verdadeiras e que o que depois fundei sobre princípios tão mal assegurados só podia ser muito duvidoso e incerto; de forma que me era preciso empreender seriamente, uma vez em minha vida, desfazer-se de todas as opiniões que até então aceitara em minha crença e começar tudo de novo desde os fundamentos, se quisesse estabelecer algo firme e constante nas ciências (DESCARTES, 2005, p. 43).

Descartes, assim, contribuiu enormemente para o pensamento crítico, comum a pensadores do século XVII. Para isso, como exercício do método, parte do princípio que tudo o que acreditara, desde então, deveria lhe parecer falso ou incerto, para, então, poder-se pensar em outra idéia, algo inovador. Ele percebeu que o que garantia que ele existia era a dúvida, a sua capacidade de pensar, como ficou definido como o “cogito”.

Pois bem, o ponto de partida deste trabalho é justamente pensar-se sobre uma aparente contradição. Se os princípios da medicina ecoam no mundo acadêmico e no conhecimento comum como princípios de profunda nobreza e influência social e, como veremos adiante, se os médicos podem hoje gozar de

---

<sup>1</sup> Obra original publicada em 1958. Disponível em:

[http://books.google.com/books?id=TOgg7ZXEfmYC&pg=PA15&lpg=PA15&dq=O+ensaio+como+forma+theodor+adorno&source=bl&ots=i91RLFzVqc&sig=rsPI5Oh1VLF2k7U1IUN823xdznY&hl=pt-BR&ei=pvyVSp7LDsrqIAefgZW3DA&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=2#v=onepage&q=O%20ensaio%20como%20forma%20theodor%20adorno&f=false](http://books.google.com/books?id=TOgg7ZXEfmYC&pg=PA15&lpg=PA15&dq=O+ensaio+como+forma+theodor+adorno&source=bl&ots=i91RLFzVqc&sig=rsPI5Oh1VLF2k7U1IUN823xdznY&hl=pt-BR&ei=pvyVSp7LDsrqIAefgZW3DA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2#v=onepage&q=O%20ensaio%20como%20forma%20theodor%20adorno&f=false) > Acesso em: 29 Out. 2009

uma confortável posição social e econômica, como explicar que esse indivíduo sofre no mundo atual de uma insatisfação para com seu trabalho, com evidente declínio de sua autonomia e profissionalismo? E mais, como vários trabalhos asseguram esse fenômeno, Abigail Zuger em 2004 recorreu à metodologia quantitativa para determinar o que a autora chamou de insatisfação para com a profissão médica. No Brasil, Maria Helena Machado em 1997 já percebia essa insatisfação. Para chegar a essas conclusões e seus motivos, a autora recorre, também, a métodos quantitativos usando, porém, métodos qualitativos para reforçar o que os números haviam indicado em sua pesquisa, cujos detalhes discutiremos no capítulo 4.2.3 deste trabalho.

Embora a pesquisa quantitativa seja capaz de nos dizer quantas pessoas pensam de tal forma ou qual a porcentagem ou valor objetivo desta percepção, ela escapa à percepção subjetiva das conclusões que pretende apresentar. Assim, o que não é quantificável torna-se, do ponto de vista científico, um fato irrelevante (SANTOS, 2004, p.28). Portanto, quando se pretende uma maior complexidade, em especial quando o problema a ser estudado envolve pensamentos subjetivos e interpretações baseadas em idéias já concebidas, o método quantitativo torna-se insuficiente e tende, caso recorrarmos apenas a ele, a redução da complexidade, como observa Boaventura Santos (2004).

A literatura citada na revisão é abundante quanto a possibilidade de medir-se a sensação de insatisfação dos médicos em relação a sua profissão – o que nós chamamos aqui de mal-estar. Fala-se da existência ou não deste sintoma. Desta forma, na cultura predominante no mundo contemporâneo, o foco da atenção é dizer-se sobre o tamanho, podemos dizer assim, desta insatisfação.

No entanto, compreender as suas origens e como o processo se dá – e mais além –, quais as possíveis implicações que este sentimento traz à própria medicina, é uma tarefa de reflexão e não de mensuração. Neste ângulo a literatura médica mostra-se precária.

Veremos adiante que as críticas aos médicos são feitas por quem se dedica em especial à filosofia, à psicanálise ou ao estudo da sociologia. Mormente são críticas contundentes. A censura que se faz a estas críticas por parte de alguns

– sem, contudo, retirar-lhes o crédito –, é que são feitas por quem se encontra distanciado de uma chamada vivência médica, tendo como alicerce para estas críticas os textos e observações desprovidas de uma experiência médica (SINDING, 2004, p.303). Do contrário, quando os médicos com atuação clínica se reportam à medicina, geralmente o fazem enaltecendo seus valores, seus princípios. Poucos clínicos se ocupam em exercer uma crítica sobre a própria atuação, muito menos submetendo-as às instâncias formais de uma pós-graduação.

É em função destas idéias – expostas até aqui neste capítulo – que apenas “medir” o sentimento dos médicos na procura de uma “validade” não me entusiasmava no sentido de procurar uma maior reflexão sobre a própria medicina.

Sobre este aspecto vale observar o que escreveu o sociólogo alemão Robert Kurz:

Ao emancipar-se desse positivismo das ciências naturais e converter-se em uma crítica radical da sociedade ou implicar essa última, no fundo a teoria social deixa de ser uma ‘disciplina’ acadêmica. Isso de deve, claro, ao caráter institucional do próprio modelo científico, que por sua forma é ‘ritualizado’ à moda burguesa e não possui vocação de crítica radical, sendo ante parte integrante da ordem vigente com sua falsa pretensão de objetividade (KURZ, 1999).

Turato (2003) critica a metodologia quantitativa quanto à sua possibilidade de compreensão fenomenológica:

“Isso porque a ciência oficial, pretensamente (e falsamente) objetiva, ao anular o sujeito psicológico e social pensante em ser discurso sobre os objetos em estudo, mantém sua vocação de não incomodar o ‘*status quo*’ vigente na sociedade” (TURATO, 2003, p.159).

Ora, se um dos objetivos desse trabalho é justamente avaliar a influência dos princípios da medicina contemporânea como norteadores da profissão, temos que estar abertos e dispostos justamente a questionar estes valores, incluindo aí o método utilizado na modernidade para a compreensão dos fenômenos naturais, o método quantitativo.

Como no final desta tese nos ocuparemos sobre o pensar médico e os motivos e conseqüências da renúncia a arte que ele reivindica, aponto que o inovador desse trabalho é a reflexão de um clínico sobre o seu trabalho, sobre o papel dos princípios da medicina no mundo contemporâneo. Para atingir esse fim utilizo tanto as informações científicas disponíveis no mundo médico quanto àquelas que, dentro de minhas limitações, posso alcançar pela leitura e reflexão, submetendo-as, enfim, à comunidade acadêmica.

Embora no projeto original pretendia-se uma série de entrevistas com médicos, acabei por abandonar essa estratégia baseado em dois motivos fundamentais: Primeiro, na literatura citada neste trabalho já há abundante número de informações sobre o que o médico diz e sobre as causas levantadas sobre o sentimento de insatisfação para com a profissão médica. O que mais carece na própria literatura médica é uma reflexão sobre o que é dito. Como já dissemos, os médicos ora têm uma impressão geralmente que reforça os princípios da medicina ou, quando a criticam, acabam por falar sobre seus efeitos e não as causas. Muitos terminam por normalizar o pensamento conduzindo-o a uma padronização dos seus conceitos. Sobre as críticas aos médicos, pouca reflexão há vinda dos próprios médicos.

Segundo, na procura por uma validade (*validity*, como dizem os artigos de língua inglesa), eu correria o risco original desta tese na qual, observando o discurso médico eu poderia encontrar frases e momentos, os quais poderiam validar o que, no início do meu trabalho, é apenas dúvida e, talvez, continue assim ao seu término. Minha preocupação é justamente sobre o que não é dito e merece reflexão.

### 3.1 – O ensaio teórico

Após estas considerações gerais, concluímos que o melhor método para emprendermos uma reflexão sobre nosso tema, seria através de um ensaio teórico.

Adorno nos informa que o ensaio já era recebido na Alemanha com certa desconfiança, julgando que este estilo carecia de alguma “tradição convincente” (ADORNO, 2008, p.15). Recorrendo a uma idéia de Lucáks, Adorno salientava que o ensaio ainda carregava consigo grande dose de autonomia, caminho esse que já havia sido trilhado pela literatura. A resistência ao ensaio como forma, segundo Adorno, poderia se dar um função justamente da “liberdade de espírito” que ele evoca (ADORNO, 2008, p.16), necessitando de uma autonomia que é ao mesmo tempo a força do ensaio e a origem de parte das críticas a que ele é constantemente submetido.

Outro fator pelo qual ele sofria críticas – e ainda sofre –, é o fato de o ensaio não versar especialmente sobre algo novo, sendo que ele fala de algo já sabido, ou então percebido; mas ele discorre e pensa sobre uma nova maneira de ver as coisas. Segundo Lucáks citado por Adorno:

O ensaio sempre fala de algo já formado ou, na melhor das hipóteses, de algo que já tenha existido; é parte de sua essência que ele não destaque coisas novas a partir de um nada vazio, mas se limite a ordenar de uma nova maneira as coisas que em algum momento já foram vivas. E como ele apenas as ordena novamente, sem dar forma a algo novo a partir do que não tem forma, encontra-se vinculado às coisas, tem de sempre dizer a ‘verdade’ sobre elas, encontrar a expressão para sua essência (ADORNO, 2003, p.16).

Até aqui, por si só, os argumentos acima já estabelecem ser o ensaio teórico o instrumento ideal para este trabalho. Entretanto Adorno lhe confere outras características que nos obriga refletir sobre elas. O autor nos diz que o ensaio “não começa de um início estipulado, mas ele se principia com aquilo sobre o que se deseja falar; diz o que a respeito lhe ocorre e termina onde sente ter

chegado ao fim, não onde nada mais resta a dizer; ocupa, desse modo, um lugar entre os despropósitos” (ADORNO, 2003, p. 17).

Segundo Adorno, o ensaio incorpora, na sua própria forma de ser, um certo “impulso anti-sistemático” (ADORNO, 2003, p. 28) no momento em que ele coloca ou se faz apropriar dos conceitos “sem cerimônias e ‘imediatamente’ tal como eles se apresentam. Eles só se tornam mais precisos por meio das relações que engendram entre si” (ADORNO, 2003 pag. 28). Portanto, na medida em que o autor do texto descreve várias idéias, inicialmente pode-se pensar numa desconexão que logo no desenrolar do ensaio, observa-se uma relação entre elas, promovendo uma “interação recíproca de seus conceitos no processo da experiência intelectual” (ADORNO, 2003, p. 29).

Adorno salienta que neste processo, os conceitos não formam um “*continuum* de operações”, sendo que o pensamento pretendido não caminha em um único sentido (ADORNO, 2003, p. 30). Assim, quem pensa e escreve o ensaio, segundo Adorno, “nem sempre pensa, mas sim faz de si mesmo o palco da experiência intelectual, sem desemaranhá-la”. Neste momento Adorno conclui que o ensaio foge de certa forma ao método, no sentido em que ele “elege a experiência como modelo”, submetendo-a a mediação de idéias através de uma organização do autor. Neste sentido, “o ensaio procede, por assim dizer, metodicamente sem método” (ADORNO, 2003, p.30), de tal modo que os conceitos que lá estão expostos devem ser colocados “de modo a carregar os outros, cada conceito deve ser articulado por suas configurações com os demais. No ensaio, elementos discretamente separados entre si são reunidos em um todo legível” (ADORNO, 2003, p.31).

Seguindo essa idéia proporcionada pelo ensaio, como veremos no capítulo sobre as bases teóricas de nossa discussão (cap. 4.1), as noções de alguns autores do último século sobre o homem moderno foram tomadas em tempos diferentes, sob circunstâncias também distintas; entretanto podemos achar uma correlação, um laço entre essas idéias quando as reunimos aqui para tentar entender como se construiu o que chamamos de “o sujeito instrumentalizado” uma característica desta modernidade.

Pela compreensão que pude alcançar do texto de Adorno, o ensaio é apropriado não apenas como estrutura da presente tese, mas também quanto ao tema em que ela se debruça. Como veremos ao longo da discussão, o tempo moderno pretende implicar que a medicina pode se alicerçar em um processo de certezas científicas que obscurece o incômodo alicerce da profissão que é a incerteza. A técnica e a ciência nos coloca diante da suposição que a certeza não foi alcançada justamente pelo fato de que “ainda” a ciência e a técnica não se desenvolveram a ponto de apagar completamente a incerteza. Pensado deste modo, pode-se supor que o alcance da verdade pela ciência é apenas uma questão de tempo. Podemos ver aí um positivismo otimista demais em relação às potencialidades técnicas do homem. A esta altura do texto, Adorno diz:

[...] o preço de sua afinidade com a experiência intelectual mais aberta é aquela falta de segurança que a norma do pensamento estabelecido teme como a própria morte. O ensaio não apenas negligencia a certeza indubitável, como também renuncia ao ideal dessa certeza (ADORNO, 2003, p. 30).

Por fim, o ensaio segundo Adorno, é uma forma crítica por excelência, funcionando como uma crítica a qualquer ideologia (ADORNO, 2003, p.38).

É neste sentido que apresento este ensaio como estrutura para minha tese de doutorado; instrumento que não persegue apenas uma conclusão, mas caminha na perigosa e tênue linha da dúvida.

O material consultado constitui-se de livros que relacionam a história médica e os reflexos da modernidade ou da pós-modernidade sobre a medicina. Os periódicos estudados foram aqueles disponíveis e acessados através dos sítios de busca eletrônica do Portal da Capes, *Medline*, e OVID.

A redação do texto seguiu as normas recomendadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), segundo França e Vasconcelos (2009) autoras do *Manual para normalização de publicações técnico-científicas*, 8ª edição revista.

### 3.2 – A leitura deste trabalho

Este trabalho é formulado para a defesa de uma tese de doutorado. Para tanto, ele deve conter normas que atendam a esse objetivo. Entretanto, a forma da escrita foi elaborada para proporcionar, também ao leitor, uma melhor compreensão do tema sem deixar de atender às normas acadêmicas.

Dessa forma optamos por um formato em que dividimos o texto em duas partes. A primeira, todo o capítulo 4, é dedicada a uma formulação do problema baseado em uma revisão crítica da literatura. Este capítulo é subdividido em duas partes: a primeira (capítulo. 4.1.1) aborda as bases teóricas dos conceitos sobre a modernidade. Afinal, é sobre este tempo ou época que nos debruçarmos para entender o tempo presente.

Em seguida, na segunda parte pertinente a discussão teórica (capítulo 4.1.2) alguns autores clássicos serão convocados para tentar nos elucidar sobre o tema que foi sendo descortinado ao longo do processo de leitura e investigação; eles falam de um possível caráter instrumentalizado do homem contemporâneo. Assim, neste momento, tentaremos estabelecer umnexo, ou um laço, entre o pensamento destes autores no sentido de se estabelecer a conexão pretendida entre aquelas idéias e a proposta deste trabalho.

Na segunda parte da revisão da literatura (cap. 4.2), pretendemos abordar as relações entre a modernidade e a medicina contemporânea.

Neste aspecto, a interpretação dos textos teóricos da primeira parte da revisão da literatura não pretendem um tratado sobre as idéias de cada autor, mas sim, dar o alicerce necessário para a compreensão do que se desenrolará na discussão e conclusões finais. Isso justifica os limites que o próprio texto impõe. De um lado são os limites do próprio autor. De outro, ainda que lograsse um aprofundamento específico sobre cada um, isso não premiaria a síntese necessária para, apenas, consubstanciar e se fazer claro os entendimentos que compuseram as partes finais do trabalho.

Já a parte final é composta pela discussão e conclusão do trabalho.

## **4 – REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA**

## 4.1 – Bases teóricas da discussão

Para melhor compreensão do leitor, este capítulo será dividido em dois. Primeiro é fundamental que estabeleçamos já o conceito de modernidade que iremos empregar neste trabalho. Para tanto discutiremos não apenas o conceito de modernidade, como também a compreensão, segundo alguns autores, de que esta modernidade não se deu de forma linear, ela passou por transformações que exigiram nova formulação, novos nomes. Esses conceitos serão detalhados com as devidas referencias no capítulo que se segue de número 4.1.1.

Já a segunda parte desta fundamentação teórica (capítulo 4.1.2), será dedicada a concepções de autores diversos sobre um tema único; o sujeito instrumentalizado.

A escolha destes autores merece uma sustentação preliminar.

É bom lembrar que este trabalho não é conduzido por um sociólogo ou um mesmo iniciante em filosofia. Ele é elaborado por um clínico que, logo de início, se interessou por um aparente paradoxo no qual os princípios norteadores da medicina estariam em conflito para com a prática médica e isto poderia ser fonte de certo mal-estar entre estes profissionais. Nascia daí a dúvida que originou este trabalho.

Neste sentido, sem uma experiência especializada, podemos dizer assim, no estudo de outras áreas que não a medicina, a escolha de autores tornou-se um empreendimento extremamente difícil, já que, dependendo da linguagem ou força de expressão de um dado autor, eu poderia me sentir atraído por idéias que não fossem expressão ou sustentação de uma argumentação mais acadêmica. É por esta razão que procurei textos reconhecidamente clássicos sobre o tema para fundamentar a base da teoria pretendida.

Antes de tudo havia a necessidade de procurar entender como era o tempo presente para depois analisar como nele se inseriam os médicos. Portanto

havia a necessidade de compreender o que alguns chamavam de modernidade e outros de pós-modernidade, como veremos adiante.

Neste sentido, bem antes de elaborar o projeto desta tese, procurei me orientar com professores da minha universidade sobre quais eram os textos fundamentais que me pudessem ajudar nesta tarefa. Logo fui apresentado à leitura de Alain Touraine no seu livro *Crítica da Modernidade*. Causou-me grande interesse a percepção que este sociólogo fazia do nascimento do sujeito como característica desta modernidade. A análise deste livro abriu o leque para uma série de outras leituras. Meu interesse objetivava o papel e a condição deste sujeito no mundo moderno, ou atual.

Cabe aqui ressaltar a importância que teve a minha convivência com um grupo de discussão coordenado pelo psicanalista Célio Garcia, orientador deste trabalho, que se reúne mensalmente nos Seminários da Rua Santa Maria de Itabira, local onde regularmente ocorre.

Nestes seminários, tive a oportunidade de apresentar minhas idéias e, a partir destas discussões, colher novas referências de leitura.

Chamou-me a atenção que, embora a maioria dos participantes dos Seminários fossem psicanalistas, a discussão ampliava-se para a compreensão do mundo sob vários aspectos e domínios.

Dai que várias leituras surgiram por sugestão desta convivência e em função disto solicitei ao Célio Garcia a participação neste projeto como orientador. Várias fontes de leitura foram sugeridas por ele e pelo grupo.

É neste sentido que outros autores que se seguiram ou contribuíram com críticas ou continuidade ao pensamento de Alain Touraine, foram surgindo e tomando importância neste texto.

É assim que os conceitos de modernidade ou pós-modernidade foram orientados pelos autores que se seguirão no capítulo 4.1.1.

Mas, sem dúvida, causou-me maior esforço e dedicação as grandes idéias que pensavam sobre o sujeito contemporâneo. A escolha dos autores que analiso em todo o capítulo 4.1.2, não é aleatória. Se inicialmente minha intenção era

entender o pensamento do homem contemporâneo, logo a leitura me dirigiu para uma particularidade deste sujeito: a sua instrumentalização. É neste aspecto que a escolha dos autores principais da fundamentação teórica foi se afinando para se limitar àqueles que se apresentavam como formuladores das idéias originais. Não que não possam ou não tenham sido contestados. Mas eles sempre surgiram como referências nos textos sobre o homem contemporâneo. Se a preocupação com este “sujeito instrumentalizado” não era a pretensão inicial deste trabalho, ela se consubstanciou no curso da leitura dos quatro autores que elegi como a estrutura da teoria pretendida.

Antes de tudo, para entender o homem neste momento atual, não pode nos escapar a idéia do paradigma predominante no período que elegemos como estudo. Esta é a época de predomínio do capitalismo. Mesmo nos momentos em que foi colocado ao mundo outra alternativa a este sistema, ou mesmo quando o capitalismo se viu sem anteparos, como após a queda da alternativa socialista, ou o socialismo real, o capitalismo sempre se impôs como o paradigma da época moderna, mesmo para quem se contrapõe a ele ou não. Neste sentido, entender como era o “espírito” deste sistema e como ele agia sobre os homens, era de importância capital para este trabalho. A leitura de *A ética protestante e o espírito do capitalismo* de Max Weber, escrito em 1904 e revisado pelo autor em 1920, foi o ponto de partida para se compreender a modernidade e suas implicações sobre o sujeito. Entretanto, causou-me especial curiosidade, a estruturação de um sujeito que, livre da ascese monástica, estava submetido a instrumentalização através dos paradigmas modernos, como a ciência e a técnica.

Já a escolha de Freud se deu por outros caminhos. Antes de tudo livro *O mal-estar na civilização* já havia me causado grande impressão há muitos anos, seja pelos pensamentos da psicanálise sobre a civilização, ou mesmo no sentimento das potencialidades ou limitações deste homem diante da modernidade. Segundo o biógrafo do psicanalista, Peter Gay, este é o livro mais sombrio de Freud (GAY, 2002, p. 493). Sabe-se que Freud já desenvolvia essa idéia há décadas. Em artigo publicado sob o título *A moral sexual ‘civilizada’ e doença nervosa moderna*, Freud já se referia sobre a os efeitos da modernidade sobre

o indivíduo: “Refiro-me ao aumento, imputável a essa moral, da doença nervosa moderna, isto é, da doença nervosa que se difunde rapidamente na sociedade contemporânea” (FREUD, 1976b, p. 188). Nos será de grande valia o estudo que o autor desenvolve no sentido de nos dizer sobre a terrível troca que o homem fez na contemporaneidade, a liberdade pela segurança. Assim, o sentimento de segurança, como poderemos ver, tentará encontrar abrigo e alívio no paradigma contemporâneo, um paradigma alicerçado na técnica e na ciência.

Também a visão da essência da técnica e a idéia de arte empreendida por Martin Heidegger nos será de grande ajuda para analisarmos como tenderá a funcionar o pensamento médico contemporâneo. A idéia que o autor nos traz de arte seguramente é distinta da concepção “ingênua”, por assim dizer, de um sentido sempre belo, elevado e sublime em que a palavra é habitualmente referenciada no discurso médico. A ciência e a racionalidade como paradigmas predominantes, como nos informa Boaventura Santos (2004), é pensada por Heidegger de uma forma tal que, como veremos, tornou-se leitura fundamental para entendimento da modernidade. Por este motivo o elegemos como fonte fundamental de nosso estudo.

Por fim, cabe-nos ressaltar a importância de Michael Foucault no seu pensamento sobre a arqueologia do poder, em especial na categoria que fundou denominada biopoder, ou biopolítica, ou na estruturação da vida, do corpo, como instrumento de poder.

Dessa forma, estes autores, embora tenham vivido em épocas diferentes, e tenham escolhido formas de ver o mundo muito distintas, cada qual contribui e influenciou o autor do presente trabalho para elaboração das idéias de um sujeito contemporâneo normatizado e instrumentalizado.

Portanto, como já nos havia adiantado Theodor Adorno, o ensaio teórico não fala de uma nova categoria, mas pensa novas idéias sobre o que já foi dito. É nesse sentido que propomos – ou, pelo menos ousamos propor – um diálogo com autores de diferentes idéias para nos ajudar a construir a nossa própria formulação.

#### 4.1.1 – Os conceitos de modernidade.

Não é um empreendimento fácil datar, ou mais ainda, conceituar a modernidade. Porém, nos é importante esta tarefa para contextualizarmos o pensamento médico na época em que ele torna-se objeto deste trabalho.

Moderno é adjetivo que foi introduzido pelo latim-clássico (século II a.C. a século I d.C.) e significa literalmente “atual”, sendo empregado em nosso tempo no estudo da filosofia moderna, para designar o período da história ocidental que começa depois do Renascimento, a partir do século XVII (ABBAGNANO, 1998).

Há, também, datações que colocam o tempo moderno, por convenção, como o período da história mundial, especialmente a européia, que se inicia no fim da Idade Média e termina com a Revolução Francesa (1789), portanto no século XVIII (HOUAISS, 2001). A modernidade poderia ser entendida, portanto, por ser atual, como período que perpassa pela história desse tempo até a contemporaneidade. Mas essas datações não são um consenso entre os estudiosos.

Mas nos é de maior interesse a procura de uma definição de modernidade. Nos parece que a definição de Alain Touraine (2002) é particularmente sintética. Ao autor diz:

A idéia de modernidade, na sua forma mais ambiciosa, foi a afirmação de que o homem é o que ele faz, e que, portanto, deve existir uma correspondência cada vez mais estreita entre a produção, tornada mais eficaz pela ciência, a tecnologia ou a administração, a organização da sociedade, regulada pela lei e a vida pessoal, animada pelo interesse, mas também pela vontade de se liberar de todas as opressões. Sobre o que repousa essa correspondência de uma cultura científica, de uma sociedade ordenada e de indivíduos livres, senão sobre o triunfo da razão? (TOURAINÉ, 2002, p. 9).

Já do ponto de vista da antropologia, esse movimento constituído ao longo de séculos foi aos poucos tornando-se sinônimo da enorme influência da primeira Revolução Industrial (1760 – 1830), dando forma à modernização do mundo ocidental que é assim definida por S.N. Eisenstadt:

Historicamente, a modernização é o processo de mudança em direção aos tipos de sistemas sociais, econômicos e políticos que se desenvolveram na Europa ocidental e na América do Norte desde o século XVII até o século XIX, e propagaram-se, em seguida a outros países (LEBURTHE-TOLRA, 1999. p. 20).

A modernidade significa o império da razão humana. Tomado pelas perspectivas da ciência e da técnica, o homem se vê controlando a natureza. Essa idéia “substitui Deus como centro da sociedade pela ciência, deixando as crenças religiosas para a vida privada” Touraine (2002, p. 18).

Mas não basta que liguemos a modernidade a razão. Um fator essencial para o pensamento ocidental, ainda segundo Touraine, é que ele pretendeu que essa razão ultrapassasse o seu sentido estreito para uma visão mais ampla, na qual se sobressaísse a idéia de uma sociedade racional, onde a razão não comandasse apenas as atividades científicas ou técnicas, mas influenciasse, também, nas decisões de governo, na administração das coisas.

Dessa forma, como efeito da racionalização, a modernidade trouxe consigo a “destruição dos laços sociais, dos sentimentos, dos costumes e das crenças chamadas tradicionais” (TOURAINÉ, 2002. p. 18-19).

Ora, se as coisas e a produção tinham um valor demasiado para o homem moderno, o sujeito fica em segundo plano em relação às suas obras e as coisas que ele fabrica. É nesse sentido que a ideologia modernista apontava para o desaparecimento do sujeito. Mas se esse sujeito desaparece do ponto de vista do indivíduo, ele reaparecerá mais tarde, já no século XVII, como sujeito social, a partir da Revolução Francesa. Porém, como num longo movimento pendular, este novo ator social encontrará seu declínio como sujeito, quando ultrapassa a Revolução Industrial, em especial na sua segunda fase, onde há a massificação dos bens de consumo<sup>2</sup>.

A modernidade está situada sob o signo da racionalidade científica, herdada do iluminismo e, assim, considerada universal. Entretanto, embora essa modernidade seja moldada pela razão, os antropólogos avaliam que como a modernidade abrangia todos os aspectos da existência – como organização

---

<sup>2</sup> Sobre a afirmação e derrota do sujeito, confira o capítulo 4.2.4, logo à frente.

social e política, a família, o parentesco e a economia –, ela teria um caráter difusor, fazendo com que o conceito de modernidade se propagasse, então, para além dos países de origem, ligando-se, assim, a uma corrente sociológica,

[...] segundo a qual as mudanças sociais se dão, sobretudo, pela difusão das informações a partir de um centro que é suposto produzi-las [...], o motor desta difusão é a racionalidade científica, portanto, universal, que se impõe às civilizações particulares, fundadas sobre outros modos de pensamento, chamadas de ‘pré-científicas’, ‘pré-lógicas’, e até ‘irracionais.’ (LEBURTHE-TOLRA, 1999. p. 21).

Daí a modernização ser um processo em constante mudança. Ainda segundo Leburthe-Tolra, a modernidade valoriza esta mudança e a inovação, quando o novo é percebido como progresso. Nesse sentido, o autor descreve que a modernidade “é uma sociedade que se acredita voltada antes para o futuro que para o passado” (LEBURTHE-TOLRA, 1999. p. 21), sendo esse último o lugar onde residem as datações clássicas dos conceitos sobre o que é moderno.

Mas esse termo tão intrincado assim dá margem a interpretações mais complexas que, ao contrário de apontarem para uma contradição, reforçam o sentido de amplo e contínuo da mudança, daí ser compreensível podermos falar de modernidade tanto no passado quanto no futuro, ou seja, ela fala também do tempo presente.

De forma simplificada, pode-se dizer que a ideologia do iluminismo e as duas versões que dele surgiram – a liberal e a socialista – se constituíram como teorias da modernidade que, no entanto são questionadas. Desta forma, esta ideologia se impôs separando dois mundos: “a prática técnico-científica aplicada à natureza e a prática político-social aplicada ao humano” (LEBURTHE-TOLRA, 1999. p. 23). Acredita-se que essas duas práticas estão imbricadas, sendo que a modernidade tentou dissociar os fatos a fim de os classificar em um e outro domínio.

Essas idéias vão de encontro ao que pensava Bruno Latour (1994), autor que propunha que a prática técnico-científica produzia “híbridos” que são fatos ao mesmo tempo técnicos, sociais e políticos que incorporam noções de tradição dentro da própria modernidade, cuja função, a rigor, seria a refutação desta

tradição. Seria uma ilusão, portanto, achar-se que os fatos da natureza e os fatos da sociedade são criados em espaços e tempos diferentes.

Se as sociedades da tradição e a etno-antropologia “não têm dificuldades em reunir num único discurso o imaginário, o poder, os procedimentos técnicos, o outro mundo dos espíritos e deuses”, as sociedades modernas teriam uma prática idêntica àquelas das sociedades de tradição, “vivem de objetos híbridos, de objetos sociológicos e técnicos” (LEBURTHE-TOLRA, 1999, p. 23), embora elas o ignorem. Esse argumento fundamenta o livro de Bruno Latour (1994) cujo título sintetiza essa discussão: “Jamais fomos modernos”.

Essas idéias surgem para corroborar a expressão dos historiadores Hobsbawn e Ranger, citados por Leburthe-Tolra (1999, p. 23-24), na qual as sociedades modernas “inventam tradições a fim de justificar a inovação, ao passo que os modernos evocam, freqüentemente, a novidade para justificar comportamentos antigos”.

Daí a aparente contradição, na qual o sentimento anti-moderno, não teria sentido, ou muito menos seria aplicável a expressão “pós-modernidade”.

Entretanto, Jean-François Lyotard (2008)<sup>3</sup> demarca e inaugura a expressão pós-modernidade em seu livro *A condição pós-moderna*. Este período, segundo Lyotard, se destaca da modernidade propriamente dita, para designar a cultura dos países mais desenvolvidos após as transformações ocorridas em relação a crise dos grandes relatos, afetando, assim, as regras dos jogos da ciência, como também das artes e da literatura, crise essa iniciada pela transformação de uma linguagem – as fábulas – pela linguagem científica. No método de análise lyotariana “é que falar é combater, no sentido de jogar, e que os atos de linguagem provêm de uma agonística geral” (LYOTARD, 2008, p. 17).

Estes grandes relatos, que o autor chama de “metarrelatos”, por não serem estruturas meramente instrumentais e procurarem a verdade, eles acabam por se legitimar, formando regras próprias, transformando-os, assim, em filosofia.

---

<sup>3</sup> Publicação original de 1979 sob o título *La condition postmoderne*.

No momento em que há a passagem para um período pós-industrial, que Lyotard chama de cultura pós-moderna, o discurso científico se autolegitima como também um metarrelato, passando a se chamar de ciência moderna. O que caracterizaria essa pós-modernidade, seria justamente a incredulidade, ou a descrença nestes metarrelatos como efeito do progresso científico.

Desta forma a linguagem pós-moderna substitui a linguagem sustentada nestes grandes relatos, substituindo-a por definições fragmentadas, já que não há mais um referencial em função da descrença destes relatos. A alternativa moderna se organiza por um fragmento do saber científico, estabelecendo um novo vínculo social através do “desempenho” (LYOTARD, 2008, p.21). Por conseguinte, o saber aparta-se do sujeito, transformando-se em “quantidades de informação”, processo esse que estabelece uma

relação entre fornecedores e usuários do conhecimento e o próprio conhecimento tende e tenderá a assumir a forma que os produtores e os consumidores de mercadorias têm com estas últimas, ou seja, a forma valor. O saber é e será produzido para ser vendido, e ele é e será consumido para ser valorizado numa nova produção: nos dois casos, para ser trocado. Ele deixa de ser para si mesmo seu próprio fim; perde o ser valor de uso (LYOTARD, 2008, p. 5).

Mesmo ao tentar se legitimar como metarrelato, a ciência, portanto, o faz de forma fragmentada, priorizando o desempenho e relegando o saber não mais à metafísica, ao conhecimento, mas a uma parcela dele. Se a formação moderna se sustentava na avaliação na qual o saber era algo constitutivo do saber, a pós-modernidade se apresenta como um conjunto de saberes sem se constituir um saber do sujeito do ponto de vista metafísico, ele se torna um instrumento utilitário apenas.

Assim, o próprio paradigma da ciência como um grande relato também se desfaz:

A “crise” do saber científico cujos sinais se multiplicam desde o fim do século XIX, não provém de uma profiferação fortuita das ciências, que seria ela mesma o efeito do progresso das técnicas e da expansão do capitalismo. Ela procede da erosão interna do princípio de legitimação do saber. Esta erosão opera no jogo especulativo, e é ela que, ao afrouxar a trama enciclopédica na qual cada ciência devia encontrar seu lugar, deixa-as se emanciparem (LYOTARD, 2008, p. 71).

Nesse aspecto, observamos o saber como instrumento, sendo que “no contexto da deslegitimação, as universidades e as instituições de ensino superior são de agora em diante solicitadas a formar competência e não mais idéias” (LYOTARD, 2008, p. 89).

Entretanto, Anthony Giddens (2002) resiste em definir a sociedade contemporânea como pós-moderna ou pós-industrial. O autor termina por aplicar a terminologia de “alta modernidade” (GIDDENS, 2002, p. 17) para favorecer a idéia que os princípios da modernidade são dinâmicos e ainda se encontram presentes na realidade atual. Segundo Dias (2005, p. 87), referindo-se a Giddens, o “termo alta modernidade, ou modernidade tardia, ou modernização reflexiva, portanto, é definido pelo autor, como uma ordem pós-tradicional, que, longe de romper com os parâmetros da modernidade propriamente dita, radicaliza ou acentua as suas características fundamentais”. Parece que, apesar de Giddens resistir aos termos de uma outra modernidade posterior ao moderno, ele acaba por concordar com Leburthe-Tolra (1999), no sentido de que a modernidade ainda reside no aprofundamento das contradições da tradição que a originaram.

O debate não terminou. Como nota Leburthe-Tolra (1999, p. 24), “certamente porque alguns séculos, na escala da história humana, representam um tempo muito curto para fazer seu balanço”.

No entanto há os defensores da expressão hiper-modernidade. Lipovetsky evita o termo pós-modernidade julgando que “ele parece indicar uma grande ruptura na história do individualismo moderno, o fato é que ele é adequado para marcar uma mudança de perspectiva nada negligenciável nessa mesma história” (LIPOVETSKY, 2004, p.22). Ao contrário da pós-modernidade, momento em que “todos os freios institucionais que se opunham a emancipação individual se esboroam e desaparecem, dando lugar a manifestação dos desejos subjetivos, da realização individual, do amor-próprio” (LIPOVETSKY, 2004, p.23), a hiper-modernidade se caracterizaria pelo “hiperconsumo”, pelo “hipernarcisismo” (LIPOVETSKY, 2004, p.25)

Mas esse prefixo “hiper” expressão pode sugerir que estamos no momento extremo da modernidade, lugar, portanto, que se coloca como um divisor para outro momento extremo além da modernidade. Mas, convenhamos, a pós-modernidade pode ser entendida da mesma forma. Pode-se, aí, incorrer em erro, avaliando que estamos vivendo esse período histórico na sua fase terminal. Essa ressalva é importante, já que não se pretende a arrogância de nos acharmos em algum ponto limite da história. Como bem lembra Touraine (2002, p. 17) “a idéia de modernidade não exclui a do fim da história, [...] mas o fim da história é mais o de uma pré-história e o início de um desenvolvimento produzido pelo progresso técnico, a liberação das necessidades e o triunfo do Espírito”.

Em função dos objetivos a que nos propusemos e em relação ao tema que ora debatemos, achamos que a expressão “pós-modernidade” – da forma sugerida por Lyotard – é uma expressão mais adaptada e adequada ao nosso propósito<sup>4</sup>.

Feito estas considerações, talvez agora seja o momento de falarmos sobre a crise desta modernidade, ou o seu esgotamento. No momento em que ela se “transforma em certo sentimento angustiante do sem-sentido, de uma ação que não aceita outros critérios que não os da racionalidade instrumental” (TOURAINÉ, 2002, p. 101), a modernidade abandona uma visão de mundo racionalista para substituí-la por uma ação puramente técnica, onde a racionalidade é colocada a serviço das necessidades. Tudo isso sem se dar conta da conjunção cultural que, também, guardava em si as idéias da tradição, da qual a modernidade, mesmo que tentasse, ainda não havia se libertado.

Sendo assim, esta mesma modernidade se enfraquece na medida em que triunfa, na medida em que ela nos arranca dos limites estreitos da cultura local, da tradição, para nos jogar na cultura de massa.

Touraine analisa quatro fragmentos da decomposição da modernidade após o seu triunfo, lançando mão das contribuições de Marx, Nietzsche e Freud, além de Max Weber.

---

<sup>4</sup> Também, quando ocorrer citação de um autor referindo-se a este período como hiper ou alta modernidade, respeitaremos o termo original por ele descrito.

Primeiro, como a modernidade se caracteriza pela luta contra o poder divino – Deus está ausente –, surge o homem, sua criatura, que se apresenta na história armado, podemos dizer assim, pelo seu desejo, desenvolvendo uma eterna luta entre esse sentimento e o império das leis que ele mesmo criou<sup>5</sup>.

Segundo, a introdução do consumo que no início albergava uma idéia de utilidade fundamental para a aquisição de bens indispensáveis, como a alimentação, segue atendendo aos que detêm maior livre escolha, proporcionando o lazer, a vestimenta e a habitação. No entanto, o consumo atinge um outro significado, o da linguagem, no momento em que passa a ser sinônimo de insaciável ascensão social. A questão do consumo como característica da contemporaneidade é também reforçada por Giddens (2002) e Lipovetsky (2004)

Terceiro, a idéia e a organização, fruto de uma necessidade da produção vinda da técnica. Os organizadores e empresários se impõem no final do século XIX, em especial nos Estados Unidos. Os anos 20 são os anos da racionalização e dos sindicatos, em especial na Alemanha. Já nos Estados Unidos e França acontece a adaptação a estes tempos com o predomínio do pensamento produtivo e do taylorismo<sup>6</sup>.

Por fim, o quarto fragmento, destacado por Touraine como identificador da decomposição da modernidade, foram os movimentos políticos que se misturaram às lutas sociais dando forma ao nacionalismo.

A convergência desses fragmentos, a sexualidade (desejo), o consumo mercantil, a empresa e a nação dominaram, assim, a cena social da modernidade no início do século XX.

Chegando aos tempos atuais, podemos admitir que a modernidade contemporânea, vê-se dominada pelo pensamento ressurgido como o novo liberalismo, encontrando-se em um momento especial como descreve Robert Kurz:

---

<sup>5</sup> Confira capítulo 4.8 quando será analisado o texto de Freud “O mal-estar na civilização”

<sup>6</sup> Taylorismo: “sistema de organização do trabalho concebido pelo engenheiro norte-americano Frederick Winslow Taylor (1856-1915), com o qual se pretende alcançar o máximo de produção e rendimento com o mínimo de tempo e de esforço” (HOUAISS, 2001).

[...] em seu estado terminal, o sistema moderno torna-se, pois, a primeira sociedade totalmente sem reflexão da história. Junto com a capacidade de auto-reflexão, ela perde também uma condição básica da existência humana”. E ainda: “Nessa inversão, a forma abstrata do dinheiro, até então um fenômeno marginal e delimitado da sociedade, sofreu um processo de ‘feedback’ cibernético: a vida social foi submetida ao movimento de valorização do dinheiro, movimento que se tornou um fim abstrato em si mesmo. Na medida em que somente dava expressão a esse processo cego, o novo pensamento reflexivo, tal como o pensamento anterior, permanecia preso à metafísica, embora a uma metafísica secularizada, então liberta da religião: em vez da metafísica celeste de um cosmos divino, a metafísica mundana do dinheiro sem freios” (KURZ, 2000).

Autor de “O colapso da modernização”, Robert Kurz escreveu, em 1999, um artigo no jornal Folha de São Paulo intitulado “O tédio mortal da modernidade”. Lá ele observa um grande vazio neste período contemporâneo, onde o que ele chama de crise social do globo, não aponta mais para a conquista de novos horizontes. Enfatiza que a grande tarefa para a humanidade “soa não só antiquada, mas também, ingênua e até fora de moda”. Sua avaliação caminha no sentido de que o capitalismo, triunfante e ao mesmo tempo decadente, na sua concepção pós-moderna, se transformou num sistema alicerçado na produção de mercadorias,

[...] “petrificado numa pressa sem alvo, tem de sobreviver a seu estado de esgotamento cultural a fim de seguir rodando por inércia, eternidade afora. A teoria pós-moderna é de certa maneira a caricatura de um guia, na medida em que aponta em todas as direções ao mesmo tempo, sem fixar nenhum sentido”.. Característica deste momento, ele continua; “Tal como o homem só pode se constituir como indivíduo dentro da sociedade, como indivíduo ele só pode cultivar conteúdos e objetivos sociais. O indivíduo voltado exclusivamente a si mesmo é por força vazio, incapaz de forjar conteúdos próprios; seus projetos se esvaem na trivialidade fútil” (KURZ, 1999).

Kurz (1999) avalia ainda que o capitalismo caminha como numa depreciação permanente do passado, da história, onde “o ‘novo’, a moda, o desenvolvimento econômico infindo, a perpétua mobilidade como valor em si mesmo vigoram independentemente de sua qualidade”. Assim, sem a valorização e interpretação do passado, a contemporaneidade, de certa forma, interdita a crítica mais radical, sendo esta justamente a que “a pós-modernidade descarta como impensável”. É como se o pensamento pós-moderno, prescindindo do passado, olhasse apenas para o futuro, um tempo estéril, sem alicerce

histórico, cujos valores são aqueles imediatos ditados pela mídia. Mas como vimos nas páginas anteriores nesse capítulo, o sentimento de futuro da modernidade carrega em si também o sentimento das tradições, ora um se sobrepondo ao outro para se dizer que algo novo está em marcha.

#### **4.1.2 – O sujeito instrumentalizado**

O sujeito, como no entendimento de Touraine (2002), nasceu com a modernidade. Entretanto uma série de mecanismos contribuiu para que este sujeito sofresse transformações ao longo deste período. Como bem notou Giddens (2002) o tempo moderno constrói categorias específicas que agem reflexivamente sobre o indivíduo, moldando-o ao tempo presente.

Para que melhor estudarmos os mecanismos que levaram a formação intelectual do sujeito moderno, recorreremos ao pensamento de quatro autores do século XX. O motivo da escolha destes autores, como já discutido no capítulo 4.1, se deveu em função do reconhecimento que seus trabalhos adquiriram ao longo do tempo, no sentido de entender como esse indivíduo pensa e atua nos tempos atuais.

O que chama a minha atenção e permite uma ligação entre autores de épocas e motivações intelectuais diversas é o laço possível que nos faz entender a instrumentalização do homem contemporâneo. Esse aspecto nos é vital na formação deste trabalho de doutorado.

Ao longo deste texto, procuraremos estabelecer como a participação de cada um destes autores contribuiu, no nosso modo de entender, em particular no meu próprio, para a compreensão deste homem instrumentalizado.

Outros autores serão convocados para nos esclarecer melhor a aplicabilidade destes clássicos no tempo presente; porém, suas idéias apareceram como crítica ou sustentação dos trabalhos dos autores que elegi como fundadores da minha argumentação.

Apenas para destacar nossa escolha, descrevo a seguir os textos que me estimularam a esta reflexão. são eles: *A ética protestante e o 'espírito' de capitalismo* de Max Weber, publicado em 1904 e reeditado pelo autor em 1920 (WEBER, 2004); *O mal-estar na civilização* de Sigmund Freud, escrito entre 1929 e 1930 (Freud, 1974); dois textos escritos por Martin Heidegger: *Para que Poetas*, publicado originalmente em 1950 (HEIDEGGER, 2002b), e *A questão da técnica*, publicado em 1953 (HEIDEGGER, 2002a). Recorrerei ainda, diversas vezes, aos textos de Foucault sobre o Biopoder, expressão inaugurada pelo autor em 1974 em conferência no Rio de Janeiro e melhor analisado em capítulo do livro *A história da sexualidade* (FOUCAULT, 1999) como também a recente publicação no Brasil de *O nascimento da Biopolítica* (2008) publicado originalmente entre 1978 e 1979.

#### **4.1.2.1 – O capitalismo segundo Max Weber**

O livro de Max Weber, *A ética protestante e o 'espírito' do capitalismo* de 1904, junto à obra de Freud, *O mal-estar na civilização*, escrito cerca de 25 anos mais tarde, são considerados como livros fundamentais para entender o pensamento do homem contemporâneo.

Max Weber escreve a palavra “espírito” entre aspas. O sentido vai além das causas ou circunstâncias que formaram o mundo capitalista ocidental. Ele se ocupa em investigar os fundamentos sociais desse capitalismo, cuja importância pode ser compreendida dado ao triunfo de um sistema que penetrou na intimidade, no cotidiano das pessoas.

Se é possível um breve resumo desta obra, tento-o aqui no sentido de sustentar as idéias que surgirão nas conclusões deste trabalho.

Esses estudos de Weber, embora incompletos, foram publicados nos três volumes de sua *Sociologia da Religião*. A linha mestra dessa obra é constituída pelo exame dos aspectos mais importantes da ordem social e econômica do mundo ocidental, nas várias etapas de seu desenvolvimento histórico. Esse

problema já se tinha colocado para outros pensadores anteriores a Weber, dentre os quais Karl Marx (1818-1883), cuja obra, além de seu caráter teórico, constituía elemento fundamental para a luta econômica e política dos partidos operários; por ele mesmo criados. Por essas razões, a pergunta que os sociólogos alemães se faziam era se o materialismo histórico formulado por Marx era ou não o verdadeiro, ao transformar o fator econômico no elemento determinante de todas as estruturas sociais e culturais, inclusive a religião. Inúmeros trabalhos foram escritos para resolver o problema, substituindo-se o fator econômico como dominante por outros fatores, tais como raça, clima, topografia, idéias filosóficas, poder político. Alguns autores, como Wilhelm Dilthey, Ernst Troeltsch (1865-1923) e Werner Sombart (1863-1941), já se tinham orientado no sentido de ressaltar a influência das idéias e das convicções éticas como fatores determinantes, e chegaram a conclusão de que o moderno capitalismo não poderia ter surgido sem uma mudança espiritual básica, como aquela que ocorreu nos fins da Idade Média.

Contudo, somente com os trabalhos de Weber foi possível elaborar uma verdadeira teoria geral capaz de confrontar-se com a de Marx. A primeira idéia que ocorreu a Weber na elaboração dessa teoria foi a de que, para conhecer corretamente a causa ou causas do surgimento do capitalismo, era necessário fazer um estudo comparativo entre as várias sociedades do mundo ocidental (único lugar em que o capitalismo, como um tipo ideal, tinha surgido) e as outras civilizações, principalmente as do Oriente, onde nada de semelhante ao capitalismo ocidental tinha aparecido. Depois de exaustivas análises nesse sentido, Weber foi conduzido a tese de que a explicação para o fato deveria ser encontrada na íntima vinculação do capitalismo com o protestantismo como ele descreve logo na introdução de sua obra:

Basta uma vista de olhos pelas estatísticas ocupacionais de um país pluriconfessional para constatar a notável freqüência de um fenômeno por diversas vezes vivamente discutido na imprensa e na literatura católicas bem como nos congressos católicos da Alemanha: o caráter predominantemente *protestante* dos proprietários do capital e empresários, assim como das camadas superiores da mão-de-obra qualificada, notadamente do pessoal de mais alta qualificação técnica ou comercial das empresas modernas (WEBER, 2004, p. 29).

A partir dessa afirmação, Weber coloca uma série de hipóteses referentes a fatores que poderiam explicar o fato. Analisando detidamente esses fatores, Weber elimina-os, um a um, mediante exemplos históricos, e chega a conclusão final de que os protestantes, tanto como classe dirigente, quanto como classe dirigida, seja como maioria, seja como minoria, sempre teriam demonstrado tendência específica para o racionalismo econômico. A razão desse fato deveria, portanto, ser buscada no caráter intrínseco e permanente de suas crenças religiosas e não apenas em suas temporárias situações externas na história e na política. Uma vez indicado o papel que as crenças religiosas teriam exercido na gênese do espírito capitalista, Weber propõe-se a investigar quais os elementos dessas crenças que atuaram no sentido indicado e procura definir o que entende por "espírito do capitalismo".

O pensamento cristão até a reforma protestante limitava o futuro do homem, sua salvação. Embora este homem não tivesse a revelação disso, toda a contingência da história de um único homem estava já previamente determinada por Deus. É a tese da predestinação, tal como consta no sínodo da Confissão de Westminster de 1647 (WEBER, 2004, p. 91). Weber nos informa que embora Lutero se opusesse ao pensamento católico, não se pode negar que havia ainda muito de tradição no pensamento luterano. Da mesma forma ocorreu a Calvino. Se nos momentos preliminares de sua pregação a Confissão de Westminster tinha a relevância que se foi perdendo com o tempo, mais tarde percebeu-se que a palavra de Calvino dava traduções distintas ao decreto, deixando ele de ser "vivido", mas apenas "cogitado". Os decretos desse sínodo são de extrema austeridade. Segundo Weber o Capítulo IX (da livre vontade) há o seguinte texto: "O homem, por sua queda no estado de pecado, perdeu por inteiro toda a capacidade de sua vontade para qualquer bem espiritual que o leve à salvação". E ainda, no Capítulo III (do decreto eterno de Deus): "Por decreto de Deus, para a manifestação de Sua glória, alguns homens (...) são predestinados à vida eterna, e outros preordenados à morte eterna" (WEBER, 2004, p. 91). De tal forma que a salvação, no conceito católico, residia na possibilidade de se suplantar a moralidade do mundo mundano através da atitude reclusa do homem se dedicando a Deus. Para

modificar esse desígnio, cabia ao homem uma dedicação espiritual rigorosa, quase que uma exclusão do mundo mundano.

Com a Reforma, o conceito de vocação de Lutero se desenha:

*“o único meio de viver que agrada a Deus não está em supplantar a moralidade intramundana pela ascese monástica, mas sim, exclusivamente, em cumprir com os deveres intramundanos, tal como decorrem da posição do indivíduo na vida, a qual por isso mesmo se torna sua vocação profissional” (WEBER, 2004, p. 72).*

A essa época, o homem se via em uma absoluta solidão interior. Mas a visão que se desenvolveu dentro do puritanismo na qual a profissão, ou o trabalho de um sujeito poderia ajudar a ascendê-lo a Deus, trouxe a possibilidade, antes impensável, de salvação através da própria ação humana, do trabalho. Se em Lutero esse sentimento era incipiente, logo, ele progrediu lentamente no calvinismo se firmando também no pietismo e nas seitas batistas da Europa. Continua Weber:

*“Pois se esse Deus, que o puritano vê operando em todas as circunstâncias da vida, indica a um dos seus uma oportunidade de lucro, é que ele tem lá suas intenções ao fazer isso. Logo o cristão de fé tem que seguir esse chamado e aproveitar a oportunidade” (WEBER, 2004 p. 148).*

Assim, a prosperidade, a riqueza, representavam condições que favoreciam a ascensão humana a luz Divina. Porém, gastar-se o resultado dessa prosperidade com a vida mundana, com a luxúria, eram condições que afastavam o homem de Deus. Weber sustenta que o “espírito” do capital, em função desse nexos, é a acumulação.

Mas é claro que os religiosos protestantes da época nada tinham que pretendesse a formação desse espírito. Não havia condições nem vontade para esse fim num mundo onde tudo se resolveria na morte, a completa salvação ou a penitência. Mas o acúmulo de circunstâncias da história religiosa da Europa trouxe consigo o substrato cultural que possibilitou esse fenômeno. Não podemos negar que esse sentimento, ou esse “espírito”, como chamou Max Weber, é ainda predominante na forma de pensar na sociedade moderna,

em especial nas religiões protestantes que influenciaram sobremaneira também o pensamento católico.

Não apenas do ponto de vista religioso, mas ampliando para toda a cultura contemporânea ocidental, podemos perscrutar na vida cotidiana a influência dessa forma de pensar persistindo em nosso tempo, em nossas ações práticas. Michel Foucault (2008) – como veremos mais a frente – analisa as influências desta forma de pensar fazendo referências a Gary Backer, estudioso de economia da escola de Chicago. Backer a partir de sua obra *O capital Humano*, que propõe uma nova teoria do consumo, na qual o consumidor não é apenas o ser que consome, um agente passivo, mas um “ator econômico que produz sua própria satisfação procurando otimizar de maneira racional o seu próprio capital” (Gori e Del Volgo, 2008, p. 134), a bem dizer o seu próprio corpo.

Esse novo ente, que Foucault chama de *Homo œconomicus*, funciona como um empreendedor dele mesmo, seu capital é seu corpo, ele deve ser um instrumento que deverá procurar a satisfação plena, mantê-lo em ordem, em perfeição. O seu trabalho não objetiva unicamente o salário, mas uma performance continuada, uma preocupação com o corpo como se fosse uma empresa. Foucault atesta que há aí uma mudança antropológica fundamental, este sujeito não é o mesmo do liberalismo econômico precedente. Neste novo liberalismo, que alguns chamam de neoliberalismo, o “*Homo œconomicus* “não é em absoluto um parceiro de troca. O *Homo œconomicus*, é um empresário e um empresário dele mesmo” (FOUCAULT, 2008, p. 310).

Max Weber considera que a racionalização do mundo se caracteriza por um refinamento das técnicas de cálculo, e essa racionalização será tão presente no ocidente que a ascese utilitarista irá moldar as condutas morais e sociais dos indivíduos. Ele afirma que “esse romantismo dos números exerce irresistível encantamento sobre os poetas que entre os homens de negócios há” (WEBER, 2004, p. 63) e, segundo Gori e Del Volgo (2008), esse homem estende de maneira infinita sua empresa dentro de uma lógica de avaliação generalizada das condutas e dos discursos.

É neste sentido que o homem, livre agora da ascese monástica e já entregue a uma ascese utilitária, na procura uma relação consigo mesmo, acolhe o pensamento econômico como pressuposto ético. É assim que Weber vem de encontro ao nosso trabalho, uma vez que o mundo presente receberia sem anteparos estes pressupostos, criando as condições, dessa forma, para o aparecimento do sujeito instrumentalizado.

No capítulo a frente discutiremos melhor a tese do biopoder. Entretanto, os estudos de Max Weber voltarão com frequência nos textos seguintes. Este capítulo se ateve apenas a nos dar uma introdução sobre o que o autor chamou de “espírito” do capitalismo. Uma rápida olhada no mundo que nos cerca não nos permite negar que este “espírito” permeia toda a vida moderna, até aos dias de hoje.

#### **4.1.2.2 – A civilização segundo Freud – liberdade versus segurança**

Sigmund Freud escreveu *O mal-estar na civilização* entre os anos de 1929 e 1930. O texto recebeu como título original *A infelicidade na cultura* (*Das Unglück in der Kultur*), logo rebatizado como *O mal-estar na cultura* (*Das Unbehagen in der Kultur*). Na tradução inglesa o título sugerido por Freud foi *O mal estar do homem na civilização* (*Man's Discomfort in Civilization*). Na tradução para o português, consagrou-se o título *O mal-estar na civilização*. Esta introdução ao texto me parece pertinente. Vê-se que, embora cultura e civilização sejam palavras com significado semelhante, quando se fala de civilização está-se se referindo a um certo tipo de cultura, as manifestações objetivas da história humana. Freud introduz uma interpretação da civilização considerando as razões subjetivas que puderam contribuir para a sua formação.

O discurso psicanalítico não é um discurso facilmente recebido pelos médicos. Nosso método de compreensão das coisas se funda especialmente na visão biomédica, científica. Freud lutou por muito tempo para fundar sua tese como uma ciência, mas jamais foi reconhecida como tal. O método científico, por ter

que estabelecer uma relação de causa e efeito, uma demonstração que possa ser reproduzida, dificulta a compreensão de um argumento subjetivo. Embora os médicos convivam rotineiramente com situações que o levem a praticar observações subjetivas – ou pelo menos pensar com esse elemento –, somos tomados pela precaução científica de ter essa possibilidade como algo a ser considerado num segundo momento, ou então, para ser referenciado a um especialista.

Parece que Freud sabia disso. Talvez em função disso tenha dado um trato reconhecidamente literário a sua obra, no sentido de dar-lhe uma estrutura que pudesse ser melhor entendida. Em carta a seu amigo Wilhelm Fliess, datada de 1895, Freud dá a entender que era necessário um tratamento especial para o texto, para que as idéias que tanto o ocupavam e perturbavam fossem compreendidas, lá no longínquo final do século XIX. Ele dizia em sua carta:

“[...] a construção psicológica parece em vias de obter êxito, o que me daria enorme prazer. É claro que, por enquanto, nada posso afirmar com certeza. Fazer uma comunicação disso agora equivaleria a levar a um baile um feto feminino de seis meses” (FREUD, 1977, p. 382).

Freud fala da relação dos médicos com a psicanálise em um texto intitulado “*A questão da análise leiga: conversações com uma pessoa imparcial*” (FREUD, 1976a). Ele analisa o ceticismo com o qual os médicos observam as questões subjetivas – ou psíquicas – e, ao mesmo tempo, a resistência em que uma abordagem ao paciente, seja ela qual for, seja operada por não-médicos. Sobre esse aspecto ele escreve num texto de 1905, intitulado “Sobre a psicoterapia”:

*Nós, médicos — inclusive todos os senhores —, portanto, praticamos constantemente a psicoterapia, mesmo que não o saibamos nem tenhamos essa intenção; só que constitui uma desvantagem deixar tão completamente entregue aos enfermos o fator psíquico da influência que os senhores exercem sobre eles. Dessa maneira, ele se torna incontrolável, impossível de dosar ou de intensificar. Assim, não será um esforço legítimo o do médico dominar esse fator, servir-se dele intencionalmente, nortear-lo e reforçá-lo? É isso, e nada mais, o que a psicoterapia científica lhes propõe” (FREUD, 1972).*

Não se pode deixar de observar a atualidade deste comentário. De toda forma, é prudente sugerir ao leitor um certo distanciamento de suas convicções para que o texto de o *Mal-Estar* flua com maior naturalidade e, ainda que não o convença, pelo menos faça-o olhar o mundo moderno com um olhar mais aberto e livre.

Dito isso, tudo indica que o texto ultrapassa os limites – se é que podemos dizer assim, limites – da psicanálise, e alcança importância sociológica inestimável até os dias de hoje.

O autor inicia sua obra *O mal-estar* com uma frase que nos instiga, antes de tudo, ao postulado da dúvida e do questionamento de padrões de pensamento estabelecidos; “É impossível fugir a impressão de que as pessoas comumente empregam falsos padrões de avaliação – isto é, de que buscam poder, sucesso e riqueza para elas mesmas e os admiram nos outros, subestimando tudo aquilo que verdadeiramente tem valor na vida” (FREUD, 1974a, p. 81). Ele nos dá a sugestão de nos sentirmos estrategicamente livres para conseguirmos alcançar o que ainda não foi revelado.

Para chegar a tese sobre a civilização, Freud evoca a imagem de Roma cuja formação mais antiga, segundo historiadores, seria a *Roma Quadrata*, uma povoação sediada sobre o Palatino, uma das sete colinas da cidade. Se soubéssemos de arqueologia o suficiente, poderíamos ver no Coliseu, uma edificação relativamente recente, datada do ano 70 d.C., sinais de como era a civilização naquela época. Mas se formos mais além e se conhecêssemos mais de arqueologia do que se sabe hoje, poderíamos, visitando algum canto das ruínas atuais de Roma, enxergar em alguma ruína esquecida uma lembrança que sustentaria sua impressão de como seria a *Roma Quadrata* agora perdida. As restaurações posteriores, as guerras, incêndios e outras formas de destruição, impossibilitam hoje, observarmos qualquer vestígio daquele tempo. Mas em algum lugar, ainda que não possamos vislumbrar, ela está lá, eternamente.

Freud se permite a um “vôo de imaginação”, supondo que Roma não é uma habitação humana, mas “uma entidade psíquica, com passado semelhantemente longo e abundante – isto é, uma entidade onde nada do que outrora surgiu desapareceu e onde todas as fases anteriores de desenvolvimento continuam a existir, paralelamente à última” (FREUD, 1974a, p. 88).

Nesse sentido, o autor argumenta sobre o passado, impregnado no nosso subconsciente, do qual não temos compreensão ou visibilidade, mas está lá, guardado como uma ruína, prestes – caso seja explorado – a chegar à superfície. Portanto, tudo aquilo que nos formou nas organizações mais primevas, ainda subsistiria, conflitando insistentemente com o tempo presente.

Segundo o psicanalista austríaco, a infelicidade pode alcançar o homem por intermédio de três condições: o inexorável declínio do corpo, as forças externas da natureza, e, por fim, os outros. Se as duas primeiras se nos apresentam implacáveis, e apesar de todos os esforços modernos delas ainda não tivemos um controle que nos trouxesse alívio, Freud se ocupa em especial da relação do homem com os outros, e daí, deriva-se a relação do homem com ele mesmo.

O homem carrega consigo – e sempre carregou – o peso e a memória inconsciente de duas pulsões: a violenta e a sexual, “impondo sacrifícios tão grandes, não apenas à sexualidade do homem, mas também a sua agressividade, podemos compreender melhor porque lhe é difícil ser feliz nessa civilização” (FREUD, 1974a, p. 137). Imaginemos esse homem em permanente conflito com os seus desejos e necessidades, vivendo em completa liberdade com essas duas poderosas pulsões. Seria inimaginável uma convivência pacífica sendo que os outros teriam também essa liberdade, sem limites. É certo que esta liberdade é bem anterior a civilização. Entretanto algum meio haveria de ser elaborado para que houvesse alguma ordem que sustentasse o convívio entre as pessoas. Alguma norma que trouxesse ao convívio humano alguma justiça nas suas relações, e proporcionasse ao

homem uma certa segurança na relação com o outro, uma “sublimação dos instintos” (FREUD, 1974a, p. 98).

Uma compreensão maior sobre o “Mal-Estar” só é possível com a leitura integral e uma reflexão arguta do texto. Ao resumi-lo corremos o risco de dificultar sua interpretação, dificultando a tradução das idéias ali colocadas. Mas para chegarmos a um breve entendimento que nos ajude a melhor formular as conclusões da segunda parte deste trabalho, deve-se, com cautela, tentar uma aproximação. Em seu texto o autor sustenta que “a vida humana em comum só se torna possível quando se reúne uma maioria mais forte do que qualquer indivíduo isolado e que permanece unida contra todos os indivíduos isolados” (FREUD, 1974a, p. 115). Ele chama o poder dessa comunidade de “justiça”, afirmando que a “primeira exigência da civilização, portanto, é a da justiça, ou seja, a garantia de que uma lei, uma vez criada, não será violada em favor de um indivíduo. Isso não acarreta nada quanto ao valor ético de tal lei” (FREUD, 1974a, p. 116). A essa acomodação necessária ao convívio comunal é o que podemos chamar de civilização e para sua sustentação era imperativo uma lei.

Sobre essa lei imposta aos homens pela civilização que ele mesmo construiu, é de grande interesse lembrar uma entrevista de Claude Lévi Strauss para a televisão em 1972<sup>7</sup>. Quando perguntado sobre o incesto em outras civilizações, das mais primevas as mais evoluídas, o etnólogo responde que a proibição não é universal. Há civilizações que toleram um pouco mais, outras menos, havendo aquelas, como a nossa, que são extremamente rigorosas para com a questão. Mas o que lhe chama a atenção é a universalidade de uma *regra*, seja ela qual for, sempre inescapável ao homem.

Dessa maneira, o homem teve que criar mecanismos que controlasse a liberdade irrestrita de suas pulsões sem que com isso, e ainda assim, ele se visse definitivamente livre delas. Todos esses mecanismos, dos quais podemos derivar a moral, a família, as religiões, ou a arte, por exemplo, seriam formas

---

<sup>7</sup> Filme de Pierre Beuchot produzido pela Arte France, L'Institut national de l'audiovisuel em 1972 apresenta longa entrevista com Claude Lévi Strauss, disponível em sete partes em: <http://www.youtube.com/watch?v=u73chpnKKhQ>

derivativas, extremamente bem elaboradas – ainda que acanhadas quanto ao seu intento –, mas riquíssimas em significado e construção humana, para dar forma e conteúdo ao convívio civilizado. Ao contrário do que nossa moral pudesse supor, na qual o mal-estar poderia ser originado pela permanência indesejável dessas pulsões, Freud sustenta que o mal-estar reside nos meios coercitivos que tivemos que criar ao longo de milênios, para atenuar a falta de liberdade violenta e sexual.

Antes mesmo do que se convencionou chamar de ciência, o homem, sem conhecer o poder do inconsciente optou, ao longo de sua cultura, por métodos tão coercitivos para domar seus instintos tão nocivos a convivência civilizada, que originou em si um profundo mal-estar, insuperável, sentimento que poderia ser capaz de destruir, como imaginou Freud, até o último homem sobre a face da terra.

Assim, adianta o psicanalista: “o homem civilizado trocou uma parcela de suas possibilidades de felicidade por uma parcela de segurança” (FREUD, 1974a, p. 137).

O homem procurou uma forma de representação no seu tempo, elaborando formas de regulação, supressão, optando por uma “espécie de compulsão” (FREUD, 1974a, p. 113) pela ordem, pela limpeza, encontrando a escassez de liberdade.

Elizabeth Roudinesco (1998) relembra que a busca da felicidade pelo homem – representadas pelas teses do princípio do prazer, a busca do gozo máximo e a evitação da dor – jamais poderão ser alcançados plenamente. Daí o homem estar mais adaptado a vivenciar a infelicidade, justamente aquela que nos chega pela experiência do declínio do corpo, pela hostilidade do mundo externo e pela ingerência dos outros sobre nossas vidas. A autora sustenta:

*“O homem e a mulher, portanto, estão presos num antagonismo: precisam dos outros, mas sonham viver afastados dessa sociedade que lhes limita as pulsões sexuais. Para tentar aplacar os sofrimentos de que esse antagonismo é fonte, a cultura se esforça por criar vínculos substitutos: laços*

*amorosos, laços libidinais desviados de seus objetivos sexuais*  
(ROUDINESCO, 1998, p. 491).

Segundo Zygmunt Bauman (1998) a pós-modernidade nos disporia de alguns dispositivos que atenuassem esse mal-estar, porém, se beneficiando dele como forma de fomento do mercado econômico, e não para o alívio, propriamente dito, dessa sensação. O consumismo teria essa função, mas não essa propriedade. O consumo nos atinge tentando uma substituição fugaz e ilusória desse mal-estar, promovendo um gozo imediato e rapidamente insatisfeito, para produzirem-se novas demandas que, por sua vez, se esgotam, também, rapidamente. Porém, ao nosso ver, a intenção em classificar a pós-modernidade como um jogo de excessos, não nos parece deslocada da imagem que Freud tinha da falta (da liberdade) como instrumento marcante da modernidade. O excesso de que fala Bauman bem poderia ser um sintoma da falta observada por Freud, e não situações diferentes.

Richard Sennet (1999) estuda uma particularidade da reengenharia como um mecanismo semelhante. Seus realizadores sabem que o produto que criaram terá uma vida curta, mas imediatamente se empenham numa substituição frenética – a reengenharia – para fomentar a economia, como que se alimentando da nossa fonte inesgotável de insatisfação e desejo de prazer imediato.

Seria demais pressupor a existência de uma estrutura que, de forma predeterminada, organizaria todas essas insatisfações fazendo-as transformarem em mercadoria. O capitalismo moderno, segundo Bauman, proporcionaria essas condições nos fornecendo a ilusão de satisfação, ao mesmo tempo em que fomenta nossa insegurança para, a frente, “vender-se” mais satisfação na forma de mais segurança. Nesse sentido podemos lembrar o que disse Tourraine (2002) citado no capítulo 4.1.1 deste trabalho, que percebe o consumo como um dos quatro fragmentos responsáveis pela decomposição da modernidade após o seu triunfo.

“Eu tenho medo!” Essa frase, segundo Sean P. Hier (2003, p. 3), é a expressão de uma sociedade de risco, característica do mundo contemporâneo.

Estudando as categorias de “risco” e “pânico” na modernidade tardia, Hier analisa a convergência de situações de ansiedade social, observando a proliferação de um pânico moral como um sintoma exagerado de uma profunda sensação de incerteza que acompanha uma sociedade de risco. A sensação de incerteza da alta modernidade provoca uma mudança nos processos de controle social e na natureza das reações de medo da sociedade.

Para explicar esse processo pode-se observar que os caminhos são diferentes daqueles utilizados por Freud, porém Hier acaba por concordar que vivemos numa sociedade na qual o medo e a insegurança são fenômenos que acabam por normatizar a vida social, mecanismo no qual a sociedade é instada a procurar situações de proteção e certeza continuamente, na tentativa de aumentar sua sensação de segurança. A ciência cumpre relativamente bem este papel, na medida em que, ao dar respostas objetivas, mensuráveis e tecnológicas a algumas de nossas aflições, ela está plenamente adaptada ao pensamento contemporâneo. De tal forma que a categoria “risco” vai se conformando, lentamente, como uma estrutura moral.

Já Anthony Giddens (2002) explica o contorno desta alta modernidade, como que consistindo de uma ansiedade ambivalente e existencial, caracterizada pelo distanciamento no tempo e no espaço<sup>8</sup> levando a um processo de desencaixe das relações sociais. Esse processo levaria a um realinhamento radical sobre a forma como os indivíduos procuram viver no mundo. Dessa forma Giddens compreende a ansiedade como um caráter existencial da condição humana, cujo resultado é a procura de sistemas individuais de segurança.

Hollway e Jefferson (1997), a semelhança de Freud, compreendem a ansiedade coletiva como uma condição onipresente, compreendendo a ansiedade como uma dimensão universal do homem psíquico. Entretanto, atribuem essa característica às convergências históricas e culturais específicas sem mencionarem ou perceberem a intervenção das pulsões sobre o sujeito.

---

<sup>8</sup> Conf. o capítulo 4.2.5.1, Experiência e ciência.

Dessa forma, uma proliferação dos riscos na modernidade tardia causa uma sensação e consciência aguda das incertezas e ansiedades atuais. As ansiedades sociais, segundo Hier (2003, p. 7) “acumulam-se uma variedade enorme de novos riscos não apenas imprevisíveis e incontroláveis mas *invisíveis*, carreando forte potencial para o sentimento de uma catástrofe global”

Porém, os mecanismos de percepção dos riscos não são de fácil compreensão, operando de formas distintas mas que se convergem, ou seja, há o risco propriamente dito e a percepção pública desse risco. O sociólogo Hier cita Beck (1992) para tentar explicar essa dinâmica:

“[...] riscos que induzem danos sistemáticos e muitas vezes *irreversíveis*, geralmente permanecem invisíveis, estão baseados em *interpretações causais*, e inicialmente existem apenas como um *conhecimento* sobre isso. Eles [os riscos] podem ser mudados, modificados, dramatizados ou minimizados dentro deste conhecimento, e por extensão, eles são particularmente abertos para definições e construções sociais” (HIER, 2003, p. 8).

A compreensão do mundo contemporâneo composto por uma sociedade de risco é também reforçada pelo pensador marxista Michael Löwy (2005) no sentido em que o capitalismo – modelo predominante na modernidade tardia – está em permanente e contínuo estado de exceção, portanto em permanente crise. O pensador cita um trecho do texto intitulado “O capitalismo como religião” de Walter Benjamin: “O capitalismo é a celebração de um culto sem trégua e sem piedade. Não há ‘dias comuns’, nenhum dia que não seja de festa, no sentido terrível da utilização da pompa sagrada, da extrema tensão que habita o adorador”. Podemos imaginar o tempo atual como uma crise sem trégua, uma insegurança perene, sem descanso.

O biógrafo Peter Gay, reconhece no *Mal-Estar na Civilização* o livro mais sombrio de Freud. As idéias centrais ali escritas já apareciam em textos anteriores como no artigo *Moral Sexual ‘Civilizada’ e Doença Nervosa Moderna* de 1908 e em “O Futuro de uma Ilusão” de 1927. É prudente refutar a idéia de pura coincidência, o fato dos manuscritos terem sido entregues para edição em 29 de outubro de 1929, dia em que a Bolsa de Nova York quebrou. Isso por si

só já nos dá a dimensão sombria do livro, escrito próximo ao final da vida de Freud em um mundo em colapso.

No último parágrafo Freud escreveu:

*“A questão fatídica para a espécie humana parece-me ser saber se, e até que ponto, seu desenvolvimento cultural conseguirá dominar a perturbação de sua vida comunal causada pelo instinto humano de agressão e autodestruição. Talvez, precisamente com relação a isso, a época atual mereça um interesse especial. Os homens adquiriram sobre as forças da natureza um tal controle, que, com sua ajuda, não teriam dificuldades em se exterminarem uns aos outros, até o último homem. Sabem disso, e é daí que provém grande parte de sua atual inquietação, de sua infelicidade e de sua ansiedade. Agora só nos resta esperar que o outro dos dois ‘Poderes Celestes’, o eterno Eros, desdobre suas forças para se afirmar na luta com seu não menos imortal adversário”. Em 1931 Hitler chegava ao poder, tendo seu partido recebido 39% dos votos nas eleições. Freud, então, acrescenta uma última frase ao texto: “Mas quem pode prever com que sucesso e com que resultado?” (ROUDINESCO, 1998)*

#### **4.1.2.3 – Arte e técnica segundo Heidegger**

Antes de iniciarmos a discussão sobre o conceito de arte proposto Heidegger, pensaremos um pouco sobre a medicina como arte, retomaremos ao pensamento médico na sua origem, pelo menos naquele ponto onde podemos observar os textos antigos, final do século V e século IV a.C, na ilha de Cós, Grécia (JAEGER, 1995).

Àquela época, a medicina contribuiu formidavelmente para o pensamento metodológico, não por uma característica isolada, mas pela necessidade, a fome de uma época em que era imperioso o pensar sobre as causas e os efeitos.

Em um mundo onde era imprescindível a compreensão de um todo, indissolúvel das partes, a própria medicina era uma parcela de um todo filosófico, dentro de um conceito geral de saber. Poderíamos dizer que a

medicina como arte foi fruto de um momento histórico onde o pensamento crítico era a forma de ser e o espírito de uma cultura, abundante na ilha de Cós.

É certo que a medicina vem de uma época anterior aos escritos de Platão e à atividade de Hipócrates. No entanto, é nesta época grega que nasce o sentido da medicina como arte, podendo ser explicada por um fecundo choque – o encontro com a filosofia – que lhe imprimiu uma consciência metódica, contribuindo para isto o fato da cultura grega estar orientada tanto para a formação do corpo quanto para a construção do espírito do homem.

Como já vimos, o médico surge ao lado do professor de ginástica, do poeta, do músico, do filósofo.

Então qual o papel da arte, ou da intercessão da arte com a medicina, no momento atual? Para tanto se torna prudente e necessário pensar sobre arte e medicina no seu início, e como cada uma destas categorias se comporta no mundo moderno.

A medicina é arte desde o seu início? É de grande interesse a visita ao *Musée de la Histoire de la Medecine Paris Descartes*, França, onde a história da medicina é contada cronologicamente a partir de objetos colecionados desde a era egípcia. No *Musée Carnavalet*, também em Paris, encontram-se objetos achados nas escavações arqueológicas de Paris. Tais objetos não podem ser denominados como instrumentos de arte. Apesar do aspecto rudimentar, alguns destes aparatos médicos se assemelham aos usados atualmente. Mas na evolução dos objetos há de se notar um progressivo refinamento – às vezes, milhares de anos depois – emprestando-lhes cuidados estéticos, uma certa procura da beleza para lhes roubar a crueza ou dar-lhes mais distinção.

É de interesse que Hipócrates tenha se preocupado mais com os humores do corpo do que com sua forma anatômica. Em *Dictionnaire de la pensée médicale* no verbete *art* (PIGEAUD, 2004), há uma discussão curiosa sobre intercessão de ambas as categorias, arte e medicina. No se que refere à arte plástica e à anatomia, Fletcher em 1883 refletia sobre qual estrutura influenciava a outra. Se a compreensão da medicina como arte sobreveio das primeiras ilustrações

do corpo humano, dos animais, há de se entender que esta intercessão se iniciou pela vontade de expressar o corpo humano através do desenho. O autor cita o escultor e arquiteto grego Phidias (480 – 430 a.C.), que junto aos seus colaboradores e sucessores, bem antes de Hipócrates, haviam começado seu trabalho elaborando os primeiros esboços de anatomia. As primeiras impressões do corpo em um desenho dariam as noções iniciais de uma arte que nascia. Essa arte vinha da observação dos corpos, de atletas em jogos, dos exercícios militares, quando se era possível distinguir melhor a musculatura do corpo humano. Porém, havia um antecedente a isso que era a vontade de observar a natureza, e de recriá-la através do desenho, da arte. Sob esse aspecto podemos dizer que a arte, o desejo de representar a natureza, precedeu a medicina.

Chama a atenção a obra *Canon* de Polycleto (século V a.C.) que apresenta perfeita simetria entre as suas partes – corpo, cabeça e membros – em articulação com o corpo humano. O senso de divisão em segmentos identificáveis associado a dignidade e perfeição de cada parte, compõe uma simetria necessária à beleza, um todo belo feito em harmonia com as partes. Embora a obra esteja perdida, relatos de Cláudio Galeno (129 – 199 [217?] d.C.) dizem que Polycleto nos ensinou as proporções do corpo, o que nos fornece impressões tão interessantes aos artistas quanto aos médicos. Esta obra funciona, assim, como um paradigma do homem são (PIGEAUD, 2004).

O juramento de Hipócrates inscreve a palavra arte no seu texto. Essa palavra não é relevante no juramento formal de outras profissões. Mas isso não autoriza, necessariamente, esta relação. A arte tende a ser compreendida pelos médicos, alunos, pelas escolas de medicina, pelo discurso médico, como uma relação que aponta necessariamente para uma situação sublime, sempre tendendo à beleza, a elevação do espírito, a perfeição. Nesse sentido, a medicina alcançaria a estatura de uma forma divina.

O sentido de arte remonta a uma tradição platônica que a via como uma habilidade para executar uma ação teórica ou prática. Segundo a tradição aristotélica poderia significar a habilidade, também, para o conhecimento e

produção de objetos. Assim, a palavra arte, significando uma habilidade técnica, é uma tradução de uma palavra grega com significado bem mais amplo, *Τέχνη* que, segundo Martin Heidegger (2002a, p. 36), não constitui apenas a palavra que significa “fazer”, no sentido de uma técnica, ou ter uma habilidade artesanal, mas também remete ao fazer da grande arte e das belas-artes. Na sua amplitude, significa também algo poético do campo da “produção” (do grego *ποίησις*).

Se pensarmos sobre os primeiros homens que procuraram desenhar o corpo humano, não imaginaríamos apenas alguém a procura de uma representação sublime, mas alguém tentando ir onde ainda não se foi, tentando representar a natureza. Imaginemos esses homens imprimindo os primeiros traços em um desenho representando o corpo humano, ou a natureza, quando ninguém, ainda, não o havia logrado. Uma produção – *ποίησις*, no sentido poético – a procura da beleza. Ali residia a arte, a *Τέχνη*.

É justamente este sentido de arte empreendido por Martin Heidegger (2002a)<sup>9</sup>, que pretendo desenvolver neste trabalho. O autor fala da arte como um lugar de incertezas, a fronteira do abismo, do desconhecido.

O autor proclama que a pergunta sobre a origem da obra de arte remonta a outra pergunta sobre a essência da arte. Ele diz “aquilo que a arte é deve poder depreender-se a partir da obra. Aquilo que a obra é, só podemos experimentar a partir da essência da arte” (HEIDEGGER, 2002a, p. 9), sendo que “é na obra de arte que a arte é efetivamente” (HEIDEGGER, 2002a, p. 36). Admirando uma obra arquitetônica, podemos observar sua estrutura, um templo ou uma igreja. Seu contorno pode significar a influência do tempo em que foi construído. A beleza das formas nos impressiona. Mas a arte vai além, ou melhor, remonta a observação do objeto. Ela nos remete a sua essência. E

---

<sup>9</sup> Três textos do autor serão empregados para esse entendimento. Isso se dá em função de que os três se completam quanto ao conceito e reflexão sobre o sentido da arte e da técnica. Os dois primeiros, “A Origem da Obra de Arte” e “*Para quê poetas?*” são capítulos do livro “Caminhos de Floresta” publicado originalmente em 1950, sendo que utilizamos a tradução portuguesa, referenciados como 2002<sup>a</sup> e 2002c, respectivamente. O terceiro recebe o título de “A questão da técnica”, publicado originalmente em “Ensaio e Conferências” de 1953. Para este texto utilizamos a tradução brasileira de 2002b.

ainda mais. É a essência do artista – mesmo que ele não se tenha dado conta disso – que faz surgir a arte.

Quando Heidegger escreve sobre a verdade e a arte, podemos observar que os dois textos *A questão da técnica* e *A origem da obra de arte* se mesclam e se completam. Isso se dá na medida em que, como já observamos, a palavra grega *Τέχνη* é ampla o bastante para nomear tanto a arte quanto a técnica.

O autor não coloca a técnica como um fim, mas um meio. Assim a técnica não é o objeto do estudo filosófico ou antropológico, mas ela opera como a essência pela qual se procura a verdade. A verdade tem aqui o sentido de uma coisa em si mesma. Quando se pensa que a técnica – em especial no mundo moderno onde a tecnologia chega a limites impensáveis até então – é um instrumento que aponta para o correto, Heidegger (2002b, p. 13) escreve que “somente onde se der esse descobrir da essência, acontece o verdadeiro em sua propriedade. Assim, o simplesmente correto ainda não é o verdadeiro”.

Se a técnica perscruta a tentativa de encontrar o verdadeiro, ou a verdade, o que podemos encontrar até aqui é apenas o correto e não, ainda, a essência do que pretendia a técnica. Diz o autor: “para chegarmos à essência ou ao menos à sua vizinhança, temos de procurar o verdadeiro através e por dentro do correto” (HEIDEGGER, 2002b, p.13). A técnica não é, portanto, um simples meio. A técnica é uma forma de desencobrimento, palavra utilizada pelo autor. Levando isso em conta, abre-se diante de nós todo um outro âmbito para a essência da técnica. Trata-se do âmbito do desencobrimento, isto é, da verdade. (HEIDEGGER, 2002b).

Mas do ponto de vista do interesse de nosso trabalho, o que seria ainda a arte no sentido proposto por Heidegger?

O livro “Para quê Poetas” começa com uma referência a Hölderlin<sup>10</sup>, sobre o poema Pão e Vinho: “...e para quê poetas em tempo indigente?” (HEIDEGGER, 2002c, p. 309). Numa crítica à técnica irrefletida, o autor diz que

*“ao mesmo tempo que o homem constrói o mundo,  
tecnicamente, como objeto, ele tapa, voluntária e*

---

<sup>10</sup> Friedrich Hölderlin (1770-1843), poeta, romancista, dramaturgo e filósofo alemão

*completamente, o caminho para o aberto , o qual já se encontra, aliás impedido. O homem que se impõe é o funcionário da técnica, independente de cada um pessoalmente o saber ou não, o querer ou não. Ele não apenas fica fora e diante do aberto, como também se afasta expressamente da “conexão pura” através da objetivação do mundo. O homem separa-se da conexão pura. O homem da idade da técnica está, nesta despedida, contra o aberto. Esta despedida não é uma despedida de... mas uma despedida contra...” (HEIDEGGER, 2002c, p. 337-338).*

Para que possamos compreender melhor o sentido de arte proposto por Heidegger é importante pesarmos sobre o risco, ou o perigo, que impõe ao homem ir mais além, fazer-se estar num lugar onde não há segurança suficiente para lhe proporcionar um bem estar. Esse espaço – o que na medicina podemos chamar de incerteza – é um espaço no qual não nos sentimos bem e nos ocupamos ainda mais em dele nos distanciar. A arte reside justamente na fronteira do abismo “ausência completa de fundo” (HEIDEGGER, 2002c, p. 310), além dele é o desconhecido. Em relação à medicina, podemos pensar que esse é o espaço da incerteza. O autor mais a frente diz que

*“o que ameaça o homem no seu ser é a opinião volitiva segundo a qual basta a exploração, a transformação, a armazenagem e a condução pacíficas das energias naturais para que o homem possa tornar a condição humana suportável para todos, e, na generalidade, feliz” (HEIDEGGER, 2002c, p. 338).*

O poeta – podemos pensar, o artista – funciona para Heidegger como o ser que, ao contrário dos deuses e na ausência deles, pode lançar-se a este abismo, essa fronteira perigosa com o desconhecido. Digo ao contrário dos deuses já que os homens, ao contrário deles, correm o risco da morte ao encontrar esse abismo. Ele escreve: “Os poetas são os mortais que, cantando com serenidade o Deus do Vinho, sentem os vestígios dos deuses foragidos, permanecendo sobre estes vestígios e assim apontando aos seus irmãos mortais o caminho da viragem” (Heidegger, 2002c, p. 312). A alusão ao vinho, me parece, é um artifício literário para o homem alcançar a sua essência, o sentido divino que estaria perdido. Ou seja, essa viragem, a essência de um conhecimento que estaria por vir, é alcançada apenas pelo sentido poético, ou

artístico, sem o qual nos é impossível ver ou alcançar o que ainda está no fundo, o desconhecido, ou, ainda, numa palavra própria à medicina, a incerteza.

Não se pretende aqui uma interpretação rigorosa do pensamento de Heidegger. Isso me seria impossível. Mas o que autor consegue me transmitir e daí a sua inserção numa tese de doutorado sobre a medicina, é que o espaço da arte se dá no risco que ela empreende. Ao analisar um poema de Maria Rilke<sup>11</sup> – *Elegias de Duíno* e dos *Sonetos a Orfeu* – que segundo Heidegger (2002c, p. 315) são momentos em que o poeta “experiencia mais claramente a indigência do tempo”. Ele aponta que o risco do desconhecido é ao mesmo tempo o medo e a possibilidade de alcançar o que ainda não é alcançável. Não se pretende aqui fazer uma elegia ao risco, ao abismo. Mas o poeta dá a entender que é justamente nesse tempo de risco, de perigo, que se consegue estar menos desamparado. Ele cita Rilke: “o que por fim nos alberga é o desamparo” (HEIDEGGER, 2002c, p. 344).

Ou seja, a possibilidade de alcançar uma essência do ser tem também a sua medida de risco. Daí Heidegger (2002c, p. 343) dizer que “pelo contrário, o estar seguro situa-se fora de toda a relação com a proteção: «fora da proteção»”.

Então, o espaço da arte seria ao mesmo tempo aquele que nos coloca em perigo, mas ao mesmo tempo nos ampara:

*“O perigo consiste na ameaça que diz respeito à essência do homem na sua relação com o próprio ser e não em perigos casuais. Esse perigo ‘é’ o Perigo. Ele encobre-se no abismo para todos os entes. Para ver o perigo e para o mostrar têm de existir aqueles mortais que chegam primeiro ao abismo”* (HEIDEGGER, 2002c, p. 340).

A técnica desprovida de uma essência, quando observada ou vivenciada apenas enquanto técnica “impede qualquer experiência da sua essência” (Heidegger, 2002c, p. 339). Novamente o autor recorre a Hölderlin:

---

<sup>11</sup> Rainer Maria Rilke, poeta, nascido em Praga (1875) - à época parte da Bohemia, pertencente ao Estado Austro-Húngaro, atualmente República Checa -, e falecido em 1926 na Suíça.

“Porém, onde está o perigo,  
cresce, também a salvação”.  
(HEIDEGGER, 2002c, p. 340)

Lendo apressadamente parece um jogo de palavras, mas o que se pretende é dar um sentido que parece, mas evita, a contradição: “Ora, o que liberta é o mistério, um encoberto que sempre se encobre, mesmo quando desencobre” (HEIDEGGER, 2002b, p. 28).

Nesse sentido podemos compreender melhor a função da poesia no seu sentido de arte que pretendemos estudar, quando ela se entrelaça com a técnica e modifica o homem, proporcionando-lhe a chance de um olhar que até então estava encoberto pela forma coisificada da técnica.

“A ameaça, que pesa sobre o homem, não vem, em primeiro lugar, das máquinas e equipamentos técnicos, cuja ação pode ser eventualmente mortífera. A ameaça, propriamente dita, já atingiu a essência do homem. O domínio da com-posição arrasta consigo a possibilidade ameaçadora de se poder vetar ao homem voltar-se para um *desencobrimento* mais originário e fazer assim a experiência de uma verdade mais inaugural.”  
(HEIDEGGER, 2002b, p. 30)

Um texto semelhante, tomado da literatura, é a passagem final da novela de Thomas Mann: *Morte em Veneza*. O personagem – um grande músico – está no espaço que Heidegger poderia chamar de abismo. Ele procura na sua solidão, desesperadamente, pela beleza. E ele irá morrer em breve. No seu delírio, já tomado pela febre, ele imagina um diálogo impossível com Fedro. Ele diz: “Pois a beleza, Fedro, escuta bem, apenas a beleza é simultaneamente divina e visível” (MANN, 2000, p. 82). Ele continua delirando – pensando – que essa “procura da beleza através dos sentidos é uma procura perigosa, posto que Eros se interpõe como guia e fatalmente cairemos em erro” (MANN, 2000, p. 83). Ele diz que essa procura – para os poetas – se dá face ao abismo, quase que sendo impulsionado a ultrapassá-lo. Finaliza, em função desse perigoso abismo, que “nós poetas, não podemos nos elevar, mas apenas nos exceder” (MANN, 2000, p. 83). A compreensão do sentido da arte não seria algo restrito ao sublime, sempre se referenciando para um horizonte perfeito,

inexoravelmente belo e harmonioso. Mas um lugar de incertezas, inseguro, portanto.

Nas conclusões deste trabalho tentaremos uma interpretação desses textos diante da contemporaneidade, refletindo sobre a medicina.

#### **4.9 - O biopoder, a biopolítica, segundo Foucault**

Foucault fala da noção de biopoder em uma conferência do Rio de Janeiro em 1974, intitulada “O nascimento da medicina social”. O biopoder é um tema relativamente isolado na sua obra, aparecendo no último capítulo do livro “A história da sexualidade” (1999). Porém, Didier Fassin (2004) remarcada que raramente um neologismo filosófico terá tanta penetração e sucesso no meio intelectual quanto este. Categoricamente Foucault afirma que a “medicina é uma estratégia biopolítica” (FOUCAULT, 2001, p. 80).

Foucault (1999) analisa as fases e como se constitui esse poder ao longo da nossa história. Primeiro, até o século XVII, o soberano detinha o poder sobre a morte ou deixar viver. A morte é a representação do poder do soberano sobre a vida dos seus súditos. Provavelmente, segundo Foucault (1999) uma derivação da *patria potestas* que concedia ao pai da família romana o direito de dispor da vida de seus filhos ou de escravos, uma vez que ele os tinha “dado” (FOUCAULT, 1999, p. 127), portanto poderia deles dispor. Se com o tempo esse direito foi atenuado, ele encontrou substitutivos de acordo com a época em que se manifestava. Assim o soberano detinha o poder sobre os súditos quando dependia dele a manutenção da vida, ou sua subtração, seja ordenando a morte, confiscando suas posses, ou submetendo-o a um castigo ou isolamento. O soberano, uma vez ameaçado, convocava os súditos para defendê-lo, levando-os à guerra, expondo a vida dos últimos para a manutenção do primeiro. Havia ali, portanto, um ordenamento jurídico

Com o tempo houve um refinamento das formas de atuação desse poder, sem, contudo alterar o seu princípio, “o direito de morte tenderá a se deslocar ou, pelo menos, a se apoiar nas exigências de um poder que gere a vida e a se ordenar em função de seus reclamos” (FOUCAULT, 1999, p. 128). A morte seja física ou social já não era o único mecanismo de exercício do poder.

A partir do século XVII, o poder deixa de se basear essencialmente na extração da vida, para estimular o vigor da vida como forma de promoção da produção, da economia. Neste período “o poder centrou-se no corpo como máquina”, adestrando o corpo para “ampliar suas aptidões” (FOUCAULT, 1999, p. 131) alimentando de suas forças, para integrá-lo no sistema de controle e economia. Um pouco mais tarde, no século XVIII já se pode observar um aprofundamento, ao mesmo tempo expansão desse processo, que Foucault chamou de “mecânica do ser vivo” (FOUCAULT, 1999, p. 131), fazendo com que o poder fosse exercido através do controle, dos nascimentos, da mortalidade, do nível de saúde, das condições que pudessem influenciar no prolongamento da vida. Ao conjunto desses processos de intervenção e regulação da vida por parte do poder, ou do Estado, é nomeado por Foucault (1999, p. 131) como uma “biopolítica da população”. Se a vida era – e é – um processo singular, individual, investir sobre a vida, e não apenas sobre a morte, torna-se um mecanismo que é desejado pelo sujeito – e regulado pelo Estado.

Dessa forma o autor sugere que há uma associação da emergência do biopoder a uma exigência de ajuste do capitalismo:

*“Este biopoder, sem dúvida, foi o elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pode ser garantido á custa de da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e através de um ajuste dos fenômenos de produção aos processos econômicos [...] uma administração dos corpos, uma gestão calculista da vida” (FOUCAULT, 1999, p.132).*

Mas o capitalismo exigia mecanismos que mesclassem tanto dominação quanto “docilidade” (FOUCAULT, 1999, p. 132). Se por um lado ele deveria trazer consigo elementos que o justificassem na vida comum do indivíduo, utilizando para tanto as instituições de poder como norma de ação – como “a família, o

exército, a escola, a polícia a medicina individual ou a administração das coletividades” (FOUCAULT, 1999, p. 132) –, por outro lado operava, também, como fator de segregação e hierarquização social, proporcionando “relações de dominação e efeitos de hegemonia” (FOUCAULT, 1999, p. 133)

É nesse momento que “pela primeira vez na história” (FOUCAULT, 1999, p. 134) a questão biológica se reflete diretamente – como também se associa – aos instrumentos da ação política. Através das exigências do corpo, suas necessidades, e em particular, da sexualidade, a política alcança o corpo e através dele é exercido o poder.

Mas para que esse intrincado processo lograsse algum sucesso tornou-se imperativo a instituição de uma norma, obrigando a civilização a forjar e a se submeter a um sistema jurídico que fosse capaz de formular certas leis. A instituição de normas é a ferramenta para que o Estado insira no corpo do indivíduo. É sobre esses parâmetros que “uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida” (FOUCAULT, 1999, p. 135).

O mesmo autor, embora se dirigindo aos conceitos sobre o nascimento da clínica, retoma essa idéia de normalização como instrumento de penetração do Estado na saúde, ou seja, no corpo das pessoas. Só assim, com esse poder de ingerência, é possível ao Estado se fazer existir fisicamente, podemos dizer assim, na vida da pessoa:

*Só poderia haver medicina das epidemias se acompanhada de uma polícia: vigiar a instalação das minas e dos cemitérios, obter o maior número de vezes possível, a incineração dos cadáveres, em vez de sua inumação, controlar o comércio do pão, do vinho, da carne, regulamentar os matadouros, as tinturarias, proibir as habitações insalubres; seria necessário que depois de um estudo detalhado de todo o território, se estabelecesse, para cada província, um regulamento de saúde para ser lido ‘na missa ou no sermão, todos os domingos e dias santos’, e que diria respeito ao modo de se alimentar, de se vestir, de evitar as doenças, de prevenir ou curar as que reinam* (FOUCAULT, 1998, p. 27-28).

O Estado, assim, se justificava.

Jurandir Freire Costa (1983), em um longo trabalho de investigação, perscrutou a influência da instituição de uma norma familiar e política do Brasil do século XVIII e XIX, como instrumento de edificação do Estado.

Com a descoberta do ouro, cidades surgiam sem qualquer ordem, expandiam-se. A população socialmente ativa, ou seja, a que detinha os mecanismos de poder, os comerciantes, militares, funcionários públicos e religiosos, começaram a se opor à extorsão econômica de Portugal. Não havia métodos eficientes de controle do caos que surgia nessas cidades. Multiplicavam-se atos de sabotagem econômica e rebeldia política. Com efeito, o governo se ocupava na luta em dois flancos: a invasão estrangeira no sul e a insubordinação interna. A ordem era punir.

Duas instituições dispunham de técnicas eficientes para controle dos indivíduos, A igreja e o exército. Como a educação jesuíta implicava em desenvolvimento da instrução e escolarização, este artifício acabou por contrapor a ordem religiosa aos interesses da Coroa Portuguesa. Quanto aos mecanismos do exército, Freire faz curioso relato sobre formas de militarização não formalizada, chamada na época de “terços auxiliares”. Essas forças eram arregimentadas na população pobre. Uma vez que estivesse engajada, possuindo também uma parcela de poder, esta população teria como controlar melhor os distúrbios sociais. Porém não tardou em que essas forças, aliadas a parcelas de militares, se posicionassem diante dos conflitos de interesses entre os portentosos da elite rural e o governo português. O resultado foi que o Estado via nestas duas forças, a Igreja e o exército, formal ou não, alternativas preocupantes. Tanto educar quanto armar a população era um risco.

A medicina aliava-se ao Estado, num acordo tácito nem sempre percebido pelos seus atores, no sentido de estabelecer maior controle e vigilância à população. Tentativas de militarização foram insuficientes para manter-se a ordem num país sem qualquer regime jurídico ou policial que funcionasse para atender aos interesses das classes dominantes. A alternativa encontrada, favorecendo interesses da corporação médica e do estado, foi medicalizar as

ações políticas do Estado, reconhecendo o valor político das ações sanitárias. A noção chave deste acordo foi a salubridade.

Hannah Arendt, bem antes de Foucault – embora ele não a tenha referenciado em seus trabalhos –, já afirmava que a defesa da vida era um fato biopolítico,

*“o motor não só da Revolução Francesa, mas também de todas as que se seguiram, denunciando-a como a doutrina política mais perniciosa da época moderna, a que coloca que o bem supremo é a vida e que o processo vital da sociedade é o centro do esforço humano”* (FASSIN, 2004, p.177).

Se Arendt (2002) afirmava que a política trata da comunidade e da reciprocidade entre seres diferentes, Fassin (2004, p. 178) reconhece que a biopolítica “representa uma regressão e uma negação da política”, como se retornássemos, de forma diferenciada, ao antigo tempo dos soberanos.

Já Giorgio Agamben (2004) apresenta uma formulação que dá continuidade ao pensamento de Foucault. O autor inscreve a expressão *Homo sacer* (homem sacro) para demonstrar a contradição que faz do homem um ser que deve ser protegido, mas que, ao mesmo tempo, é uma presa do poder político. Agamben recorre ao verbete *sacer mons* escrito pelo gramático Pompeius Festus (século II d.C.) em seu tratado “Sobre o Significado das Palavras” que diz:

O homem sacro é, portando, aquele que o povo julgou por um delito; e não é lícito sacrificá-lo, mas quem o mata não será condenado por homicídio; na verdade, na primeira lei tribunicia se adverte que ‘se alguém matar aquele que por plebiscito é sacro, não será considerado homicida’. Disso advém que um homem malvado ou impuro costuma ser chamado sacro (AGAMBEN, 2004, p. 196)

Este *Homo sacer* é a representação e objeto do biopoder. O corpo das pessoas pode ser protegido, tratado, medicalizado, porém, a sua condição humana, ou a sua condição de sujeito, ou mesmo a vida, está submetida a um poder soberano do Estado. Essa estrutura de poder deve proteger, mas não é criminosa se, também, eliminar. Eliminação essa que pode ser do físico ou do isolamento social, político.

No mundo moderno este poder, a vida, que Agamben (2004) numa expressão a Walter Benjamin chama de “vida nua”, seria uma perpetuação, ou manutenção do poder soberano de séculos atrás, agora sob uma outra forma, ainda que mantendo a mesma substância. Talvez daí Arendt já haver compreendido esse sistema como “o mais pernicioso” (FASSIN, 2004, p. 177). O mundo estaria, permanentemente, vivendo sob um estado de exceção, um estado de urgência que o poder tem interesse em manter e explorar. O capital não veria a vida em si como fonte de sua acumulação, como por exemplo, o resultado da produção das coisas, dos bens. Agora o corpo, desejoso de cuidados para mantê-lo vivo, é a fonte do sistema, retribuindo com certos mecanismos operacionais, como contrapartida, a manutenção de sua saúde. Podemos ver aí a assertiva de Illich que sugeria quanto mais ofertasse saúde, através da parafernália clínica, mais intensamente é percebida a falta de saúde, e daí mais ela é desejada. Assim, o que interessa ao capital moderno é o produto, quantificado em moeda, que esta aspiração cria, como o comércio de medicamentos, a tecnologia, os insumos. Não é a vida em si que interessa, mas o que ela produz como “coisa”. Ainda segundo Agamben (2004, p. 131) “são os corpos absolutamente matáveis dos súditos que formam o novo corpo político do Ocidente”.

Fassin (2004) se pergunta qual seria a importância da compreensão da biopolítica para as sociedades contemporâneas. Em primeiro lugar ela nos mostra como a vida tornou-se em desafio crucial não somente na produção das políticas, mas como elas podem atuar sobre pessoas singulares ou populações indiferenciadas como doentes específicos ou refugiados, ocupando um lugar crescente nas ações públicas. Em segundo lugar, permite “relacionar domínios geralmente separados por recortes administrativos e disciplinares e de produzir, assim, novas cartografias da atividade humana”. Dessa forma a ciência, a medicina e a ética se reúnem em diversas dimensões do conhecimento, demonstrando “que as decisões e intervenções da gestão dos corpos individuais e coletivos participam de conjuntos mais vastos como o trabalho, a imigração, o urbanismo, a saúde pública, a prática clínica e a pesquisa biomédica” (FASSIN, 2004, p. 178). Por fim, a biopolítica interfere realizando um questionamento sobre a economia moral das sociedades, citando como

exemplo, relações que vão desde as situações dos pacientes sem assistência nos hospitais a formulação de novas leis no campo da bioética, das atribuições dos seguros financeiros às relações internacionais quanto ao comércio de medicamentos.

Nesse sentido a biopolítica é uma teoria para nos instigar a pensar sobre a condição humana, sobre o jogo que governa os seres humanos.

A introdução da biopolítica– e em decorrência dela, o pensar sobre novas relações de poder – como convite ao pensamento crítico é um empreendimento, reconhecamos, difícil de ser assimilado pelos médicos que atuam na prática diária. Como já vimos, o discurso biomédico é poderosíssimo tanto como fundador da decisão médica, quanto da forma de pensar contemporânea, extremamente normalizadora, do mundo ocidental. Mas ela coloca em questionamento ações públicas ou individuais que, num olhar apressado, podem se justificar quando sustentados pela ciência ou pela política predominante. Como exemplo, simplesmente por se dizer que certa terapia é eficiente, isso não quer dizer que ela é aplicada apenas com o objetivo do bem comum ou individual. Políticas públicas, apenas pelo fato de se dizerem democráticas, necessariamente não garantem que são isentas de dano individual ou coletivo. Artigos científicos publicados por instituições ou revistas respeitadas não implica que seus resultados estatísticos sejam aplicáveis no indivíduo que está na nossa frente, ou que esse resultado seja reproduzível em situações geográficas ou políticas completamente diferenciadas. Porém, quando são lidos sem essa crítica, ou interpretamos apenas no que é “receitado” no seu *abstract*, isso pode não representar apenas uma falha metodológica de quem o lê, mas uma ingerência política dos financiadores da pesquisa que nos passa despercebida ou ignorada.

Lecorps (1999) recorre a dois exemplos para ilustrar o mecanismo de biopoder na história contemporânea. Primeiro, ele observa as políticas de imigração ligadas ao desenvolvimento da industrialização nos países europeus. Há o recrutamento de mão de obra estrangeira barata e pouco qualificada nos

períodos de expansão econômica, seguida de uma política de fechamento das fronteiras nos períodos de fragilidade dos mercados que talvez, no futuro, levará a um novo recrutamento de pessoas para restaurar o equilíbrio perturbado pelas aposentadorias. Hoje esse movimento se dá sem constrangimentos, sendo motivo de grandes discussões na Europa. Porém, mesmo as chamadas esquerdas não conseguem se opor firmemente as limitações da imigração, cujas políticas são no conjunto apoiadas pelas populações européias. Quando o assunto é a proteção dos mercados internos, a discussão sobre os direitos humanos é colocada em segundo plano, por exemplo, no país onde estes direitos nasceram, como na França.

Um segundo exemplo diz respeito as políticas de controle das populações. Lecorps escreve:

Nos parece completamente paradoxal atribuir aos povos dos países ditos em desenvolvimento o imperativo de controlar a sua fecundidade e, é claro, de a reduzir, sob a alegação de que eles não dispõem dos recursos suficientes para alimentar as suas crianças agravando, assim, as capacidades de desenvolvimento de seus países; enquanto, ao mesmo tempo, as populações dos países mais favorecidos consomem sem freio a maior parte dos recursos não renováveis do planeta, sem se preocupar com a sua descendência. Certamente o peso de um grande número de crianças por mulher pode representar um freio ao desenvolvimento. Mas são eles que mais detonam as matérias primas, que abaixam os preços impostos aos seus produtos como o algodão, o cacau, o café, as bananas, etc., criando as condições objetivas da miséria? (LECORPS, 1999, p. 49)

Apenas a título de exemplo do que será discutido mais amplamente nas discussões e conclusões deste trabalho, onde trataremos das implicações desse biopoder na prática médica, tomemos um estudo realizado na cidade de Boa Vista das Missões no estado do Rio Grande do Sul (IGNÁCIO, 2007).

Chama a atenção que numa pequena cidade de pouco mais de 2000 habitantes, 53% da população tenha usado ou faz uso de medicação psicotrópica. Do ponto de vista biomédico pode ser que esse uso seja indicado para atenuar os sintomas de um indivíduo, mas do ponto de vista da biopolítica,

não podemos escapar a reflexão de que esse número exageradamente alto tem outras implicações. Os autores sugerem que esse mecanismo

age conformando modos de ser e instaurando uma normalidade medicalizada, na qual a expressão do sofrimento (de qualquer origem e forma) não se torna objeto de reflexão e busca de construção de outras formas de ser, mas sim de um “bloqueio químico” das emoções. Entretanto, o dispositivo só é potente no contexto analisado quando acoplado à uma forma específica de apresentação da biopolítica que articula formas tradicionais de gestão baseadas no assistencialismo, no paternalismo e na dependência (próprias do contexto local) com a produção de fármacos (produto do capitalismo global) (IGNÁCIO, 2007, p. 89).

Os autores reforçam que o entendimento de funcionamento adequado do sistema de saúde é percebido pelas pessoas, dentre outros fatores, mas com grande importância, na medida em que o poder público do município é eficiente na distribuição ágil de medicamentos.

Não se pretende aqui um juízo de valor, uma procura apenas do que é a verdade, ou correto, ou não. Mas o ato médico, ou a medicalização no seu sentido amplo, não é um ato apenas técnico, mas remete a uma reflexão sobre o sentido do ato, a sua essência.

Na lógica dos sistemas citados pelos exemplos acima, é que Agamben (2004) chega a afirmar que

*é somente por que a vida biológica, com as suas necessidades, torna-se por toda parte o fato politicamente decisivo, é possível compreender a rapidez, de uma outra forma inexplicável, na qual em nosso século as democracias parlamentares puderam virar Estados totalitários, e os Estados totalitários converterem-se, quase sem solução de continuidade, em democracias parlamentares. Em ambos os casos, estas reviravoltas produzem-se num contexto em que a política já havia se transformado, fazia tempo, em biopolítica, e no qual a aposta em jogo consistia então apenas em determinar qual forma de organização se revelaria mais eficaz para assegurar o cuidado, o controle e o usufruto da vida nua”* (AGAMBEN, 2004, p. 127)

## 4.2 – Modernidade e Medicina

A entrada da medicina na modernidade se dá pelo abandono da noção dos humores iniciada em Hipócrates e pela introdução de dois fatores fundamentais ocorridos no século XVIII: a Revolução Francesa e a anatomia patológica (FOUCAULT, 1998). Essa periodização é de grande importância, já que implica numa profunda mudança epistemológica e, em consequência dela, numa nova forma de também abordar o paciente.

Para Michel Foucault a interseção desses dois fenômenos no século XVIII, um político e outro médico, faz nascer a clínica. A implantação dos ideais da Revolução Francesa, ou seja, a presença de um Estado republicano na vida cotidiana das pessoas evoluiu ou foi possível com a intercessão da medicina. Onde o Estado não existia, ele penetrava no tecido social através de artifícios e técnicas médicas como, por exemplo, a higienização, o enterro dos cadáveres, a formação dos hospitais, a ida de médicos para o interior e a formação de escolas de medicina que atendessem ao interesse da revolução.

Este é o período em que se consegue estabelecer relações de causa e efeito. Os sintomas clínicos tinham agora uma correspondência anatômica. Foucault entende o efeito destes dois fenômenos como uma modificação essencial ao saber médico. O que antes eram sinais e sintomas, como febre, emagrecimento e hemoptise, pode-se observar a partir de então que havia uma correspondência entre a caverna no pulmão do tísico e as manifestações clínicas por ele apresentadas.

Esse processo de modernização da medicina foi longo. Se na medicina antiga os médicos se ocupavam em conservar a saúde a partir de uma visão global – os humores –, fundados em especial nos remédios a base de plantas, a visão anatômica, inaugurando a modernidade, tendia a abordagem terapêutica a partir da cirurgia, voltando-se, assim, para o específico.

O trabalho de Giovanni Batista Morgagni (1682-1771) intitulado *De Sedibus et causis morborum per anatomem indagatis* (Investigações anatômicas sobre as

sedes e as causas das doenças), parece ter sido a peça mestra dos trabalhos posteriores que inauguraram essa fase moderna da medicina. A geração seguinte – formada pela reunião singular entre acontecimentos individuais, intelectuais e de uma cultura política vinda da Revolução Francesa – pode ser representada por Xavier Bichat (1771 – 1802) e René Laennec (1781 – 1826). O primeiro, em seu “Tratado sobre as membranas” inscreve uma divisão anatômica dos corpos em diferentes planos, como as membranas serosas e mucosas (MAULITZ, 2004). Bichat, segundo Foucault (1998, p. 167), foi o fundador deste corte epistemológico, quando a “*experiência clínica tornou-se o olhar anátomo-clínico*”.

Assim, a medicina moderna tem o seu olhar cada vez mais voltado para o específico, a procura de uma unidade fundamental. Nesse longo caminho, segundo o antropólogo Laplantine (1992), os princípios enunciados pelo fisiologista Claude Bernard (1813 - 1878) se mantêm até os tempos atuais. Bernard, em *A introdução ao estudo da Medicina Experimental* de 1865, diz que a medicina seria, no futuro, uma ciência verdadeira, apoiada sobre o determinismo físico e químico, fundada sobre a fisiologia aplicada (LAPLANTINE, 1992). Nos tempos atuais, não há como não fazer uma analogia a esse pensamento.

A medicina, procurando o específico, o nomeável, se vê hoje no seu momento mais exuberante do ponto de vista tecnológico. Na obstinação de sua procura pelo ponto exato das coisas, aquilo que só é verdade se é visto, a medicina se ocupa, agora, do olhar sobre a genética, sobre a estrutura molecular.

Após esta introdução, iremos detalhar melhor nos capítulos seguintes a relação da medicina para com a modernidade, segundo a visão de autores e momentos específicos.

#### 4.2.1 – Os princípios da medicina

*Primum non nocere*. Esta expressão latina extremamente conhecida, talvez possa ser eleita como o primeiro dos aforismos médicos que contribuiu para inaugurar os princípios da profissão. No entanto, como muitos acreditam, sua origem não se deu em Hipócrates que viveu entre 460 e 370 A.C. (Smith, 2005). Há evidências que ela tenha se originado, na forma como a conhecemos, no latim tardio (latim usado por padres e seus discípulos no século VI e por outros autores entre os séculos III e VI). No entanto, Hipócrates escreveu – em grego – em Epidemias 1,2,11 que “*no que se refere às doenças, é preciso agir em duas direções, para causar benefício ou pelo menos não causar dano*” (TOSI, 1996, p. 353).

Como fenômeno de uma época, sabemos que a medicina hipocrática surgiu num momento de aproximação ou convergência de vários pensamentos. O médico de então era sujeito e ator de uma arte que surgia ao lado do professor de ginástica, ao lado do poeta, do músico, surge como um personagem de relevo, um filósofo. Assim, também num movimento de integração do pensamento, a literatura médica atraía muito a atenção, ressaltando idéias distintas como a definição de *leigos* e *profissionais*. O termo “leigo” provém da linguagem medieval e nas suas origens servia para designar os “não-cléricos” e mais tarde, os não-professores. Já o termo grego *idiótes*, exprime a mesma idéia, tendo um sentido político-social, designando o indivíduo que não está enquadrado no Estado ou na comunidade humana, mas vive ao seu bel-prazer. O médico, em oposição a este indivíduo *idióte*, sentia-se um demiurgo, homem de ação pública, denominação que abrangia dois aspectos da profissão médica: o social e o técnico (JAEGER, 1995, p. 1002-1003).

Neste contexto, a visão de um todo era fundamental, as partes não eram o objeto do interesse intelectual, mas o todo, a arte, o que os gregos chamavam de Paidéia.

Bem antes disso, estudos arqueológicos realizados no século XIX nos trouxeram valiosas informações sobre como pensavam as civilizações

ocidentais do Oriente Próximo e Oriente Médio. Ao curso do 19º século A.C., observa-se as primeiras leis estabelecidas, notadamente através do célebre *Código de Hamurábi*, o qual se encontra exposto no Museu do Louvre em Paris. Lá estão inscritas inúmeras normas de conduta, em especial do mundo jurídico. Entre elas, pode-se ler a fixação de honorários médicos segundo o tipo de intervenção cirúrgica ou de sanções em caso de insucesso dependendo do nível social do paciente (SOURNIA, 1997).

Por volta dessa época, chama a atenção os procedimentos dos práticos, que acabavam, também, por estabelecer certa norma, fato que nos será de grande interesse para quando voltarmos as nossas atenções para o mundo contemporâneo. Segundo Jean-Charles Sournia em seu livro *Histoire de la médecine* (1997), o primeiro gesto fundamental é nomear o mal. A identificação pretende anular o mistério e indica o deus competente ou responsável que convém invocar. O segundo gesto é o sacrifício propiciatório, verdadeiro rito de substituição que remonta a diversas religiões antigas ou contemporâneas.

O médico em suas origens poderia ser entendido como um interlocutor entre Deus e o homem. Imaginemos a Mesopotâmia de milhares de anos antes da era cristã, quanto o homem vivia em um ambiente dominado pela religião e pelos deuses. É possível identificar aí a origem do sentimento popular que atribui ao médico caracteres da magia e da religiosidade que persistem até os dias de hoje e que nos servirá de reflexão mais adiante.

Em sua origem, a arte de curar jamais foi atribuída a uma determinada profissão. Assim, adivinhos, sacerdotes, sacrificadores, médicos, todos se ocupavam das doenças (SOURNIA, 1997). Porém, como é de interesse notar, na medicina do Egito antigo a transmissão do saber médico de geração a geração não permite concluir sobre a existência de escolas de medicina. A prática médica não se transmitia do mestre ao aluno, mas do pai para o filho – se não dentro da própria família, pelo menos, dentro da própria casta.

Assim, brevemente, temos vários exemplos de idéias e atitudes que sustentaram a medicina e que ao longo do tempo foram se constituindo como princípios até chegarmos ao mundo moderno. Para nosso estudo – atendendo

a uma necessidade de definir quais os princípios a que nos referimos ao identificá-los na introdução do presente trabalho –, elegemos a Carta sobre o Profissionalismo Médico (*Charter on Medical Professionalism*) instrumento do Projeto sobre o Profissionalismo Médico, como o documento que indica os princípios da medicina contemporânea. Este documento foi elaborado e empreendido pelas seguintes instituições: *American Board of Internal Medicine (ABIM)*, *American College of Physicians–American Society of Internal Medicine (ACP–ASIM)* e a *European Federation of Internal Medicine (MEDICAL PROFESSIONALISM IN THE NEW MILLENNIUM: A PHYSICIAN CHARTER, 2002)*.

Esta escolha se deveu tanto a reconhecida importância destas instituições quanto ao relevante fato desta carta ter sido publicada primeira e simultaneamente nos jornais *Annals of Internal Medicine* e *The Lancet*, ambos no ano de 2002. Posteriormente, quinze meses mais tarde este documento já havia sido publicado em várias revistas espalhadas pelo mundo e traduzido para o francês, italiano, espanhol, português, alemão e polonês com previsão de tradução, àquela época, para outras línguas (BLANK *et al.*, 2003). Até então, cerca de 90 associações profissionais já haviam subscrito a carta e cerca de 100 instituições médicas e de saúde já haviam promovido encontros e discussões ao redor no mundo, em especial no ocidente.

Estas referências não são apenas uma formalização quanto ao método utilizado neste trabalho, mas uma evidência que os princípios da medicina ali inscritos são o que podemos chamar de consenso em relação ao tema. Em outras palavras, podemos dizer que o “espírito” destes princípios estava, também, no discurso comentado na introdução deste trabalho e que deu origem a esta tese.

A Carta sobre o Profissionalismo Médico inscreve três Princípios Fundamentais e dez responsabilidades. São os princípios Fundamentais: O princípio da primazia do bem-estar do paciente; Princípio da autonomia do paciente e o Princípio da justiça social.

Fazem parte das responsabilidades profissionais: Compromisso com a competência profissional; compromisso de honestidade para com os pacientes; compromisso de confidencialidade; compromisso de manter apropriadas relações com os pacientes; compromisso de melhorar a qualidade do cuidado ao paciente; compromisso de melhorar o acesso ao cuidado; compromisso com uma justa distribuição de recursos finitos; compromisso com o conhecimento científico; compromisso de manter a confiança no manuseio dos conflitos de interesse e, por último, compromisso para com as responsabilidades profissionais.

O documento em questão é, portanto, um enorme esforço internacional para estabelecer e divulgar os princípios a serem pensados e seguidos pelos profissionais médicos.

Por fim, a introdução deste documento já envolve uma afirmativa sobre a influência do mundo moderno em relação a profissão médica, onde se inscreve a seguinte premissa: “*as mudanças nos sistemas de transferência de cuidados médicos no mundo industrializado ameaçam os valores do profissionalismo*”. É justamente sobre essa preocupação que nos debruçaremos nas páginas seguintes.

#### **4.2.2 – A crítica aos médicos e à medicina**

A crítica à medicina e aos médicos não é propriedade da era moderna, mas remonta ao princípio mesmo da história da medicina. Desde Plínio (viveu entre 23 e 79 d.C.) há registros destas críticas, segundo o *Dictionnaire de la pensée médicale* (LECOURT, 2004). Porém, relatos sobre a forma do médico agir, as restrições e premiações a ele impostas, podem ser encontradas em inscrições bem mais antigas, a chamada pré-história da medicina. Sobre esse aspecto, o monumento monolítico datado do século XVIII antes de Cristo, a célebre *Coluna de Hamurabi*, que fixa os honorários médicos segundo a classe social

em caso de sucesso no tipo de intervenção e de sansões – potencialmente mutilantes –, caso se suceda o contrário (SOURNIA, 2004).

Não faltarão, também, clássicas críticas que permanecerão pelo teatro desde Molière (1999) em “*Le malade imaginaire*”, peça encenada em 1673, passando por Machado de Assis (1998), autor de *O Alienista*, publicado em 1882. Além de uma célebre peça do poeta e dramaturgo francês Jules Romain (1993), intitulada “*Knock, ou, Le triomphe de la médecine*”, escrito em 1924. Isso sem mencionar as inúmeras formas jocosas de críticas ao médico no domínio popular, ou mesmo entre os próprios médicos. Escritores dificilmente deixam escapar uma ocasião para criticar o poder, a paixão do médico pelo ouro, ou a capacidade dele de imaginar doenças para pacientes que se crêem muito importantes.

Mas é nosso objeto especial de atenção as críticas – bem mais virulentas – que começaram a surgir ao longo dos anos 60. Duas observações são pertinentes quanto a esta datação. Primeiro, os médicos experimentaram nos últimos 70 anos grandes transformações. A produção em larga escala dos antibióticos desde os anos 40 prometiam um controle sobre as doenças infecciosas até então inimaginável. Desde então, a introdução de novas técnicas propedêuticas e terapêuticas prometiam um futuro fantástico para a medicina, a chamada *Época de Ouro*. Entretanto, foi justamente na esteira dos anos de grande contestação política e social – os anos 60 –, que surgiram as críticas mais agudas tanto a própria medicina quanto aos próprios médicos, surgidas dos intelectuais da época.

Tornou-se clássico o trabalho de Ivan Illich intitulado *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina* (1975, p. 6) cuja primeira frase é: “A empresa médica ameaça a saúde”. Embora reconheça que os avanços da antibioticoterapia, da prática da vacinação contribuíram para a diminuição da mortalidade na população, o autor lança mão de uma extensa bibliografia e de observações estatísticas que o autoriza a supor que “o tratamento dessas infecções poderia tornar-se bem mais eficaz na medida em que fosse desprofissionalizado e passasse a ser parte da cultura higiênica popular” (ILLICH, 1975, p. 20).

Preliminarmente, não parece ser sem razão a observação de I. Illich já que grande parte das mortes no mundo atual se devem a características da própria modernidade – o tabagismo, os acidentes automobilísticos e as doenças profissionais. O autor continua:

*“As novas técnicas de que se dispõe para reconhecer e tratar condições tão perniciosas como a anemia e a hipertensão, ou para corrigir as malformações congênitas, graças a intervenções cirúrgicas, redefinem a morbidade, mas não a reduzem”.* Tudo isso sem contar – assinala – as conseqüências iatrogênicas da medicina moderna quando afirma, entre outras observações: *“a verdade é que o diagnóstico precoce transforma pessoas que se sentem bem em pacientes ansiosos”* (ILLICH, 1975, p. 49).

A crítica de Illich parece se estender para além das questões propriamente médicas, podendo ser entendida como numa crítica mais geral de uma sociedade industrial e das próprias instituições ocidentais que, para ele, se tornaram contraprodutivas na medida em que sujeitaram os indivíduos a um ciclo de consumo/produção sem fim, cuja regulação escapa às populações pobres e privilegia as chamadas elites. Os médicos teriam, assim, se aliado à indústria farmacêutica para interditar o estado saudável do indivíduo, eliminando a autonomia do paciente, afastando-o da condição de sujeito. Dessa forma a corporação médica teria se apropriado do monopólio sobre a vida e dos acontecimentos tidos até então como fisiológicos.

Os escritos de Illich passaram, como se poderia esperar, por várias críticas vindas de todos os lados – em especial dos médicos. Muitos atribuíam suas observações a paixão do autor que lhe imprimem uma visão unicamente negativa da medicina (SINDING, 2004). No entanto, não há como negar a extrema importância de seu trabalho na denúncia – extremamente bem documentada – da medicalização<sup>12</sup>, do abuso de propeleuticas

---

<sup>12</sup> “Medicalização”, palavra não encontrada nos dicionários de língua portuguesa. Segundo a Wikipédia é datada da década de 70. É, porém, utilizada com frequência tanto na literatura nacional quanto estrangeira. Há 31.300 citações no portal Google em português e 281.000 citações em inglês (*medicalisation*). Define a o modo de vida do homem quando é apropriado pela medicina, seus mecanismos e pensamento.

desnecessárias e da participação médica como cúmplice de um mercado farmacêutico crescente e danoso à população.

Essa visão de Illich foi classificada como ortodoxa em função de sua inspiração nos movimentos de maio de 1968 no mundo e na França em particular, com maior ou menor influência do pensamento marxista, se distinguindo, segundo Lupton (1997), da crítica realizada por Michel Foucault.

A chamada “Ordem Médica” tem sido observada e criticada nas últimas décadas, como um instrumento de poder, ora operando como corporativo, ora funcionando como uma autoridade cujo valor pode ser questionado, mas que, a rigor, é sempre obedecido. No entanto, como bem denota o termo medicalização, não se trata apenas de submeter-se aos conhecimentos e as dúvidas da sociedade ao poder médico, mas observar os fenômenos da sociedade sob a óptica da medicina.

Embora sujeito a críticas, dado a contundência das suas afirmações e a falta de vivência quanto ao cotidiano médico, Jean Clavreul (1983) inscreve suas idéias perscrutando as diferenças entre o discurso médico e o discurso psicanalítico. Ele escreve:

Não nos enganemos, entretanto, sobre a independência de que se vangloriam os médicos de todos os tempos. Ela significa apenas que os médicos não querem reconhecer nenhum outro poder que não o poder médico. Eles se recusam a ser os empregados de um poder estranho a sua disciplina. Eles são, no entanto, obrigados a levar em conta outros imperativos que não os imperativos médicos, em particular exigências da ordem econômica, social, administrativa, humana... Mas eles mantêm o comando sobre esses elementos estranhos ao poder médico. O médico se quer esclarecido, mas não é menos déspota por isso (CLAVREUL, 1983, p. 95).

Essa afirmação pode estar perdida no tempo, justamente quanto ao que se observa que ocorre, justamente um declínio do poder médico. Se for verdade que o médico se recusa a ser comandado por um poder estranho a sua disciplina, uma questão fundamental é se ele se vê ou não no mundo contemporâneo, como um elemento estranho às normas pós-modernas. Ainda que ilusoriamente, encantado pelo que a vida moderna lhe empresta em tecnologia e possibilidades, é de se supor que ele, o médico, em algum

momento da sua trajetória se tenha confundido como membro íntimo deste poder, não percebendo que ele lhe é superior. Supondo que poder não é algo que se dissipa, ele é transferido para outras estruturas que, aparentemente, lhe são semelhantes ou podem dele se beneficiar.

Clavreul (1983, p.30) insiste que o discurso médico, ao contrário de um discurso mais reflexivo, "não se sustenta senão por sua objetividade, sua cientificidade, que é seu imperativo metodológico". Logo no primeiro capítulo de seu livro "A ordem médica", o autor lança mão de uma ironia sobre o que seria uma biblioteca do médico, na qual não há uma preocupação com a filosofia ou o pensar da sociedade ou do próprio médico. Assim, a preocupação do médico com a coisa específica – a ciência consubstanciando seu discurso – faz com que esse sujeito elabore uma ordem que "é mais poderosa que o mais poderoso ditador, e, às vezes, tão cruel. Não se pode resistir a ela, porque não se tem nenhuma razão a lhe opor" (CLAVREUL, 1983, p. 47).

Uma leitura apressada de *O poder médico* de Clavreul poderá causar certa repulsa quando lida por médicos. Confesso que, no início, me senti assim. Entretanto, quando o autor fala da relação médico-paciente, ele vai além de uma visão puramente altruísta que pretensamente objetiva apenas o bem estar do paciente. Ele escreve: "é inexato dizer apenas que a medicina despossui o doente de sua doença, do seu sofrimento, de sua posição subjetiva. Ela despossui, do mesmo modo, o médico, chamado a calar seus sentimentos porque o discurso médico exige" (CLAVREUL, 1983, p. 49).

Quando o autor fala da inexistência da relação médico-paciente – um ícone médico – ele remonta a importância que o discurso importa na constituição dessa relação, sendo que esse discurso, provido de vocabulário técnico e especializado, constitui obstáculo para a relação com o doente. Indo mais além, o autor afirma que "o que funda a relação médico-doente é a exclusão das posições subjetivas de um de outro" (CLAVREUL, 1983, p. 211).

Assim, Ivan Illich já formulava idéias sobre o desaparecimento da relação médico-paciente, substituída pela relação "doente-instituição médica", onde o

último é o representante dessa instituição. Nesta balança, na qual se equilibra a relação do médico com o doente, Clavreul sustenta que

o discurso do doente é desacreditado de antemão não somente em razão do sofrimento e da angústia que os ‘impedem de raciocinar corretamente’, mas porque o único discurso sobre a doença é o discurso médico. O resto é literatura (CLAVREUL, 1983, p. 214).

O que se questiona é se o médico, confundindo-se com outro poder soberano no mundo contemporâneo, pensando ser este último uma extensão do seu próprio poder, poderia encontrar algum bem-estar, justamente quanto este poder, a modernização, está em pleno colapso, como estudaremos adiante.

A relevante participação de Michel Foucault na arqueologia da medicina será objeto de especial atenção quando da introdução do termo biopoder, ao qual reservamos um capítulo a parte para discussão logo a frente. No entanto, Lupton (1997) analisa a crítica de Foucault observando sua maior complexidade em relação aos antecessores – classificados como ortodoxos –, observando que o autor alicerçou suas observações nos textos e não sobre uma vivência prática, resultando disso uma dificuldade em perceber as várias maneiras que o paciente lança mão para resistir às injunções médicas.

Foucault, em seu livro *O nascimento da clínica*, trabalha com dois fatores fundamentais para este acontecimento, um político e outro técnico. Ao observar que “a doença é, assim, tomada de um duplo sistema de observação: um olhar que a confunde e a dissolve no conjunto das misérias sociais a suprimir [político]; e um olhar que a isola para melhor circunscrevê-la em sua verdade de natureza [técnico]” (FOUCAULT, 1998, p. 46), ele destaca que o surgimento da anatomia patológica e os fatos políticos ocorridos na França do século XVIII – a Revolução e os anos que se seguiram a ela –, fundaram a clínica como nos a conhecemos hoje. Para ele “existe, portanto, convergências entre as exigências da ideologia política e as da tecnologia médica” (FOUCAULT, 1998, p. 41).

A anatomia patológica deu ao médico uma visão do detalhe para tentar entender o todo. Essa oportunidade sobre a compreensão da vida se deu pelo

olhar atento sobre a morte, sobre o cadáver e sua relação com a doença. Já as transformações políticas obrigaram o estabelecimento de um controle, através das instâncias políticas, sobre o exercício da medicina que nascia, junto a anatomia patológica e ao surgimento da consciência política do médico. Este status político fez com que a medicina do século XIX fosse regulada pela normalização, fundamental para que o Estado se fizesse presente na vida do cidadão. Sobre as observações daquele período o autor diz: “a primeira tarefa do médico é, portanto, política” (FOUCAULT, 1998, p. 37).

A função política da medicina é percebida bem antes de Foucault. Rudolf Virchow (1821 – 1902) já escrevia em 1848 “que a medicina é uma ciência social. A política não é mais do que a medicina em grande escala” (LABRA, 2000).

Em contrapartida, a medicalização no seu sentido mais amplo contribuiu, também, segundo Foucault (1998), para uma função política de vigilância da sociedade, de produção de corpos disciplinados, normalizados.

Por outro lado, observa-se, também, uma crítica a ortodoxa crítica a medicalização. Se uma proposta de melhoria da informação do público sobre a medicina – como proposto por Ivan Illich – levaria a um controle mais eficiente da saúde da população, Foucault demarca bem que a “des-medicalização”, ou seja, o escape da medicalização da órbita médica, provocada pelo pensamento mais ortodoxo, pode ter produzido, paradoxalmente, um agravamento da própria medicalização (SINDING, 2004, p. 303). Uma vez que o processo de entendimento do estado de saúde ou da doença escapa à órbita do poder médico, isso não evita que a expansão desse conhecimento não tenha contribuído ainda mais para uma medicalização da própria sociedade. A idéia de Illich não é original, sendo também lembrada por Foucault (1998) quando o autor se refere a Bacher, autor de “*De la médecine considérée politiquement*”, ano IX da Revolução Francesa:

*E como se não bastasse a implantação dos médicos, pede-se que a consciência de cada indivíduo esteja medicamente alerta; será preciso que cada cidadão esteja informado do que é necessário e possível saber em medicina. E cada prático deverá acrescentar à sua atividade de vigilante uma atividade*

*de ensino, pois a melhor maneira de evitar que a doença se propague ainda é difundir a medicina* (FOUCAULT, 1998, p. 34).

Mas as críticas ao pensamento médico à própria medicina, não tiveram sua origem apenas no chamado meio intelectual exterior à profissão médica. No rasto dos movimentos dos anos 60, médicos também escreveram severas críticas ao comportamento e visão coletiva de seus colegas. Thomas McKeown (1979), médico britânico que reafirma, após Illich, que o declínio de certas doenças nos séculos XVIII e XIX – em especial as infecciosas e particularmente a tuberculose –, é um fenômeno que passaria ao largo da medicina, sendo que a melhoria das condições de vida havia trazido inegável contribuição ao sujeito prolongando sua vida e seu bem-estar. O autor aponta que as grandes causas do aumento da mortalidade contemporâneas se devem às condições da vida moderna, como os acidentes automobilísticos, as doenças cardiovasculares, o uso do tabaco, a subnutrição e a falta de exercícios físicos. Em função disso o autor sustenta que deveria haver uma reforma no ensino da medicina, diminuindo a influência do modelo mecanicista biomédico, privilegiando, assim, o estudo de saúde pública baseada na prevenção.

Porém, não se pode negar que os antibióticos em particular e a medicina científica no geral tiveram grande importância tanto na saúde pública, quanto na participação das medidas sanitárias e de salubridade, incluindo aí as prevenções a partir das vacinas.

Na constatação que os médicos não poderiam tomar suas decisões a partir de conceitos mal elaborados ou sem uma base científica consolidada, o médico britânico e epidemiologista A.L. Cochrane em 1972 publica um trabalho em que denuncia a auto-satisfação médica e a ineficiência da medicina, carecendo os médicos de uma racionalização das suas decisões e uma maior experimentação das teorias e práticas médicas. A contribuição de Cochrane levou a formação de diferentes centros internacionais, em especial de língua inglesa, cuja função principal é analisar os ensaios clínicos na literatura médica, no sentido de criticá-los com ênfase a um maior rigor científico. Este

movimento, podemos chamar assim, embora também criticasse a medicina moderna, não se ocupa de uma discussão epistemológica e, sem dúvida, acabou por contribuir enormemente para formar o alicerce do que hoje se denomina a “medicina baseada em evidências” e dos *guidelines* que predominam no pensamento médico ocidental.

Tal protocolização ou normatização do pensamento médico sofre, também, várias críticas. Em especial quando esses métodos levam os médicos a tratarem como verdade apenas o que é visível, evidente, numa profissão cuja regra é a incerteza. Essa discussão, principalmente no que concerne sobre as razões desse pensamento ser predominante hoje, será retomada nas conclusões finais desse trabalho.

Já nos anos 80, observa-se ao mesmo tempo, uma revisão dessas críticas no momento em que elas são estendidas para outras áreas, em especial no campo das ciências sociais. O movimento feminista discute a medicalização desde a gravidez até à menopausa, no sentido de questionar a primazia médica sobre os problemas de saúde pública, ou sobre a condição de saúde da própria mulher. O que até antes dos anos 60 era uma discussão de domínio médico, a medicalização torna-se um fenômeno que se estende a várias outras áreas. Assim, a medicina deixa de ser lida de uma forma puramente objetiva, ficando em evidência a construção social da doença.

Como observa Christiane Sinding (2004), todas essas críticas, sobretudo as mais virulentas, são, em geral, ignoradas ou rejeitadas pelos médicos. Habitualmente, vemos na discussão diária com os colegas a referência a um mal-estar sem, contudo, haver um aprofundamento sobre suas causas. O capítulo seguinte se desdobrará sobre esse tema, o mal-estar ou a insatisfação médica para com a profissão.

### 4.2.3 - A insatisfação para com o exercício da medicina

Nas últimas décadas, os médicos e a própria prática médica têm passado por mudanças tanto do ponto de vista tecnológico, como também quanto às características subjetivas do trabalho médico. Logo após a Segunda Guerra Mundial, em especial após os anos 40, os médicos experimentaram o que, como já dissemos, poderia ser chamada de a *época de ouro* da medicina. Observávamos a produção em grande escala dos antibióticos, a perspectiva de cura ou controle das doenças infecciosas, associado ao avanço tecnológico que, nas décadas seguintes atingiu possibilidades nunca antes imaginadas.

Porém, nos anos 80 notou-se uma transformação na perspectiva da profissão médica. Notícias de jornal proclamaram que muitos médicos nos Estados Unidos da América encontravam-se “desanimados”, consideravam deixar o exercício da medicina. O observações subseqüentes continuaram a descrever uma profissão no recuo, flagelada pela burocracia, pela perda de autonomia, diminuição do prestígio e profundo descontentamento pessoal. Nota-se que, mesmo em situações onde a remuneração é satisfatória (NERY, 2005), há evidente insatisfação para com a profissão médica. Essas constatações foram publicadas por Abigail Zuger no *New England Journal of Medicine* em 2004.

A autora vai mais além, sendo conveniente citar a tradução de pequena parte da introdução de seu artigo. Ela diz:

*Dados empíricos sugerem que um mal-estar profissional está se difundindo. Numa metáfora, compara-se o clima emocional que prevalece na medicina à atmosfera que circunda um leito de morte, revelando que os médicos estão em luto pela mudança entre uma adorável identidade profissional para uma avalanche cheia da negação, raiva, barganha, depressão, e aceitação (ZUGER, 2004, p. 69).*

Dados sugerem que as características dos médicos, entre elas a satisfação com o trabalho, podem ter conseqüências na relação com o doente e na aderência ao tratamento proposto, tanto medicamentoso quanto comportamental (DiMATTEO, 1993).

Algumas observações subjetivas dão conta deste fenômeno, sendo que suas características parecem ser comuns no mundo ocidental. Zuger (2004) sustenta que nos últimos 10 anos cerca de 30 a 40% dos médicos entrevistados, caso tivessem que escolher novamente, não optariam pela profissão médica.

Em 2001 foi realizado um longo trabalho que enviou 5.000 questionários à médicos de Massachusetts, EUA (MASSACHUSETTS MEDICAL SOCIETY [MMS], 2001). O retorno das perguntas ocorreu em 24%, ou seja, 1.194 médicos responderam às perguntas. Embora a taxa de retorno seja pequena, os autores sustentam que os resultados são semelhantes aos observados quando taxas maiores são alcançadas. Este mesmo estudo aponta para um declínio substancial quanto a satisfação profissional. Como exemplo, em 1996, cerca de 88% dos médicos questionados consideravam a profissão compensadora, já em 2001 este número caiu para 64%. Sobre esse trabalho é bom citarmos, além dos números, algumas manifestações e expressões usadas pelos médicos pesquisados. Quanto ao descontentamento crescente é destacado nestes comentários:

“Nós já não podemos praticar nossa arte e ciência, trabalhamos agora de acordo com regras e regulamentos burocráticos”.

“Há documentos em demasia: autorizações e certificações prévias...”.

“Qualidade do cuidado e da interação está subordinada agora a produtividade e ao lucro”.

Nesse trabalho observou-se que, mesmo nas situações em que a queda na satisfação do médico seja dramática, a maioria dos médicos ainda encontra na profissão uma experiência recompensadora. As respostas abaixo refletem esse sentimento (MMS, 2001).

*“Você não pode criticar um trabalho em que é intelectualmente estimulando e onde somos recompensados emocionalmente por ajudar as pessoas”.*

*“É uma maravilhosa e recompensadora maneira de ganhar a vida”.*

*“O trabalho é recompensador. Isto compensa, ainda que mal, os trabalhos administrativos”.*

*“A profissão medicina será sempre recompensadora mas, atualmente, ela está enfrentando tempos difíceis tanto administrativa quanto financeiramente. O trabalho do clínico e o tempo são sub-valorizados”. (MMS, 2001)*

Quando perguntados sobre o ambiente da prática, os médicos responderam que em 1996 a percentagem dos que estavam “insatisfeitos” ou “muito insatisfeitos” era 19,4%, porém, em 2001, esse número subiu para 63,3%. Os comentários destacados sobre essa questão foram (MMS, 2001):

*“A ameaça jurídica constante quanto a má prática médica é agora mais importante do que o bem-estar do paciente”.*

*“Resistências e mais resistências para centrar-se sobre o cuidado ao paciente, contrapondo-se a um maior tempo e energia para dedicar-se aos documentos, pré-certificações, certificações, e aprovações.”*

*“Eu não posso pensar em algum colega que tenha uma idéia positiva do ambiente atual de prática [médica]. ”*

*“É terrível. Fragmentado, obstruído, restringido, desmoralizado - a ênfase é totalmente nas coisas menores, as instituições estão aleijadas.”*

*“Trabalho burocrático demais: faturas, documentos, reembolso inadequado pelo “Medicare/Medicaid”, estamos perdendo nossa autonomia sob vários “managed cares”, erosão do relacionamento médico-paciente, nós perdemos a credibilidade, a confiança, e o prestígio que tínhamos”*

*“Eu sou colocado em uma situação onde eu sou incapaz de fornecer a qualidade do cuidado de que eu gostaria. Nosso grupo é incapaz de recrutar um novo associado em Massachusetts.”*

*“O ambiente da prática continua a pressionar por uma competência crescente, ao mesmo tempo em que insisti em dar menos tempo ao contato face-a-face, com menos pessoas apoiando” .(MMS, 2001)*

Uma terceira questão é colocada no trabalho em estudo: o tempo dispensado ao cuidado aos pacientes em relação ao tempo dedicado às tarefas burocráticas. Em 1996, 25% dos médicos estavam “muito insatisfeitos” ou “insatisfeitos” com a quantidade de tempo dispensado ao paciente quando comparado ao tempo dedicado a tarefas administrativas. Em 2001, essa

percentagem era de 60%. Sobre essa questão destacamos, também, alguns comentários, como segue abaixo:

*“Referências, aprovações prévias, apelos para justificar a hospitalização, vários formulários trazidos pelos doentes, todos tomam muito tempo e nos afastam do cuidado ao paciente”.*

*“Quantidade maciça de tempo que está sendo desperdiçado com documentos injustificados”.*

*“Eu deveria tratar mais de pacientes do que das regulamentações do seguro”.*

*“Eu tive que empregar uma equipe de funcionários adicional para dar conta da carga administrativa.”*

*“Quanto mais responsabilidades podem ser despejadas nos médicos? Eu supunha salvar vidas, não dinheiro.”*

*“Mas é mais difícil se atualizar com novas matérias de jornais (e em seminários) e ainda ter uma vida feliz em casa.”*

*“Um terço [do meu] tempo é dispensado ao cuidado direto do paciente; os outros dois terços são dedicados ao trabalho administrativo, referências, chamadas de telefone, etc.” (MMS, 2001)*

Quanto a remuneração médica, sempre reconhecida como uma das profissões mais rentáveis no mundo ocidental, o trabalho citado observou que em 1996, 44,2% dos entrevistados estavam “satisfeitos” ou “muito satisfeitos” com a remuneração recebida. Já em 2001 esse número caiu para 26,7%. (MMS, 2001).

Ainda observando médicos norte americanos, vários outros trabalhos contribuem para atestar o fenômeno da insatisfação profissional. A *Kaiser Family Foundation* (2002) colhe dados desde 1981 até 2001. entre estes estudos esta fundação publicou dados sobre médicos sobre a profissão dos médicos nos últimos 5 anos pesquisados. Muitos (87%) responderam que a moral (em relação ao estado de espírito da pessoa) tem diminuído neste período. No entanto, quando se observa a relação dos médicos, estritamente com os seus doentes, 84% dos entrevistados se dizem satisfeitos. Por outro lado, novamente como observado nos trabalhos anteriores, quando se pergunta sobre a sensação dos médicos para com as horas de trabalho dedicadas às atividades administrativas comparado com o cuidado ao paciente, 74% se dizem insatisfeitos.

Em outros países podemos observar sintomas semelhantes. Na Inglaterra, por exemplo, um estudo mostrou que a proporção de médicos que se dedicavam à prática clínica e que se interessavam em deixar o atendimento direto ao doente era de 14% em 1998 e 22% em 2001 (SIBBALD, *et al.*, 2003). Os achados sugerem que os fatores mais importantes associados com essa intenção – semelhantes em 1998 e 2001 – eram o aumento da idade, a insatisfação para com o trabalho, a ausência de filhos menores de 18 anos e o fato de pertencer a minorias étnicas. A análise estatística dos dados dá a entender que não havia diferenças significativas entre os anos, sugerindo que os fatores que influenciam as decisões de deixar as atividades são similares nos anos estudados.

Nota-se que não ficou bem esclarecido as relações entre sexo, (FRANK, *et. al.*, 1999) idade, tipo de especialidade e remuneração quanto ao grau de insatisfação no trabalho. Quanto a idade, pessoas que formaram há mais tempo têm níveis melhores de satisfação ao contrário dos jovens menores de 35 anos. Isso pode ser explicado pelo fato destas pessoas com mais tempo de formação estarem próximas a aposentadoria ou por já terem passado por experiências menos otimistas, como acontece aos mais jovens.

Mesmo observando a diferença entre as especialidades médicas e o nível de remuneração anual – embora não cause surpresa que em situações de alta remuneração, o nível de satisfação seja maior –, as diferenças estatísticas não são tão evidentes quando comparadas aos altos níveis de insatisfação relacionados a perda da autonomia, às atividades burocráticas, e a perda da confiança por parte do paciente (LEIGH, *et al.*, 2002; JANUS *et. al.*, 2007).

No Brasil há poucos trabalhos avaliando a satisfação do médico com seu trabalho. Dois deles merecem atenção. Em trabalho publicado em 1997, Machado e colaboradores fazem ampla pesquisa sobre a situação dos médicos brasileiros. Para dar uma visão panorâmica do trabalho, citamos o primeiro parágrafo das conclusões:

Sendo fiéis às evidências empíricas, mostramos que esses profissionais 'encontram-se na UTI': na UTI das instituições públicas, na UTI das instituições privadas, na UTI de seus

consultórios. Os salários, as condições de trabalho, a insatisfação, o desgaste, o estresse, o desestímulo e a desesperança tomam conta da vida diária dos médicos brasileiros (MACHADO et al., 1997, p.201).

Apesar de diferenças em relação às razões apontadas na literatura internacional, o texto acima reflete a insatisfação desse profissional que, ao contrário de décadas anteriores à pesquisa, toma feições urbanas, com aumento do número de mulheres médicas e são apontados números relevantes numa profissão, diga-se mais uma vez, das que estão entre as mais bem remuneradas no país (NERY, 2005). Entretanto, não é perguntado especificamente sobre insatisfação. Porém, entre os entrevistados 80,4% relatam sentir desgaste para com a profissão. Nesse aspecto é importante, do ponto de vista metodológico, a diferenciação entre desgaste e insatisfação, sensações que não podem ser compreendidas como sinônimos. Porém, não há trabalhos no Brasil em que essas perguntas são realizadas, fato que não nos autoriza validar, pelo menos do ponto de vista metodológico, a introdução feita no capítulo de Machado *et. cols.* (1997). As causas deste desgaste são relatadas como excesso de trabalho (27%); baixa remuneração (17%); más condições de trabalho (16%); área de atuação/especialidade (9%); excesso de responsabilidade, relação de vida e morte com pacientes (12%). A perda da autonomia aparece como causa de desgaste em menos de 5% das respostas.

Nova pesquisa publicada em 2004 pelo Conselho Federal de Medicina (CARNEIRO, 2004) traz, também, dificuldades metodológicas para fazermos uma análise mais cuidadosa quanto a insatisfação do médico. As perguntas sobre insatisfação no seu sentido amplo não são realizadas, sendo pesquisado a satisfação na especialidade em que o médico atua. Além disso, a pesquisa é realizada pela internet. Em que pese as argumentações dos autores sobre a validade deste método de coleta de dados, podemos observar que alguns dos resultados são conflitantes com a pesquisa publicada 7 anos antes, não sendo possível compará-las entre si neste quesito ou, muito menos, pará-las com os trabalhos internacionais citados acima.

Não se sabe, também, se estas pesquisas conseguiram perceber a influência dos planos de saúde complementar na satisfação dos médicos, como se nota

no *managed care* nos EUA, já que o grande aumento destes planos se deu a partir da década de 90.

Numa análise mais detalhada das causas levantadas por Zuguer em 2004, estão destacados o *managed care*, a crise da má prática médica – no Brasil a expressão “erro médico” se distingue e se confunde com “negligência médica” – as repercussões legais que dela decorrem, as desigualdades nas expectativas, a falta de tempo para se dedicar aos doentes e ao duplo papel exercido pelos médicos, que também se ocupam dos interesses das seguradoras, da burocracia, enfim, que permeia seu trabalho.

Em relação ao *managed care*, esta forma de controle do atendimento médico é citada como uma das maiores causas de insatisfação de médicos nos Estados Unidos. As razões comumente citadas incluem o tráfico de pacientes para dentro e para fora do sistema por razões ligadas às seguradoras, volume de papéis para serem preenchidos, limitações para referenciar um paciente ao especialista de escolha do médico assistente, incentivos financeiros para encorajar os médicos a limitar serviços, pressão para que mais pacientes sejam vistos e, finalmente, limitação na prescrição de drogas. É de se destacar que quando estes incentivos financeiros apontam para o bem estar do paciente, geralmente promovem satisfação no médico. (GRUMBACH , et. al., 1998).

Ainda sobre os incentivos financeiros, cabe destacar que neste mesmo estudo citado acima (GRUMBACH , et. al., 1998), foram pesquisados 766 médicos do Estado da Califórnia sobre várias formas de incentivos financeiros. O trabalho sugere que incentivos que resultam da melhoria do atendimento – como satisfação do paciente e qualidade da consulta – são bem avaliados pelos médicos. Em contrapartida, bonificações que restringem o atendimento – como limitações para referenciar o paciente, ao uso de cuidados hospitalares, restrições a prescrições e incentivo a produtividade - foram avaliados como indutores de pressão sobre o trabalho médico e geradores de insatisfação. Essas impressões são reincidentes nos trabalhos criticados neste capítulo. Dos médicos pesquisados que recebiam algum incentivo, em apenas 15% deles

esta bonificação foi recebida em função exclusiva do resultado da qualidade do seu atendimento.

Quando se observa os cirurgiões, em especial quando procedimentos cirúrgicos são realizados no atendimento primário, por exemplo, há relatos conflitantes que não demonstram a influência do sistema de incentivos sobre a satisfação no trabalho (STURM, 2002).

No Brasil os planos de saúde privados também praticam as estratégias do *managed care*. Em relação ao incentivo financeiro para a atividade médica, chama a atenção a elaboração da “consulta bonificada” (JORGE, 2005), estratégia utilizada por algumas Unimed<sup>13</sup> para diminuir os custos do sistema. Argumentando que os médicos pedem exames em excesso, muitos deles classificados como “normais”, a cooperativa lança mão de uma consulta com valores maiores para aqueles médicos que pedirem menos exames do que a média de sua especialidade, e valores menores para aqueles que solicitam exames complementares acima desta média. O critério de remuneração do profissional passa a ser a economia que ele mesmo regula. Não há estudos que avaliam esta forma de incentivo a remuneração médica feitos no Brasil. Em relatos não publicados, aparentemente, há alguma aceitação do método.

Chama também a atenção que algumas críticas ao sistema de *managed care* não estão devidamente comprovadas, pelo menos no que se refere aos números. Embora seja comum o relato de queixas sobre a influência deste sistema na diminuição do tempo dedicado a consulta médica (EMANUEL e DUBLER, 1995; MECHANIC, 1996; KASSIRER, 1998; BODENHEIMER, 1999; STONE, 1999), há estudos que não confirmam essa impressão, havendo certa estabilidade no tempo da consulta nos anos pesquisados, entre 1989 e 1999 (MECHANIC, *et al.*, 2001).

Um dos efeitos do gerenciamento extensivo do trabalho médico por seguradoras se reflete na chamada “medicina defensiva”. A procura incessante por uma certeza diagnóstica é descrita como uma das razões para que o

---

<sup>13</sup> UNIMED, cooperativa de trabalho formada por médicos, que funciona como plano de saúde, atuando, em algumas cidades e regiões do Brasil, como a maior operadora em exercício.

médico procure uma segunda opinião, um exame complementar. Esta atitude encontra-se relacionada ao incremento de novas tecnologias, aumento da sobrevida, pobreza da dieta, falta de exercícios, custos de medicação, etc. (IGLEHART, 2006). Essa procura por uma garantia de segurança é um fenômeno observado em vários países do mundo ocidental (FRIST, 2005, KUTTNER, 2008).

Os enormes custos de uma ação de reparação, estão em evidente crescimento nos últimos anos, sendo classificados como exorbitantes, segundo trabalho de Studdert, et. cols. em 2006. É relevante, como exemplo das conseqüências destes processos, citar os resultados observados nesse trabalho. Os autores registraram que 37% das 1452 ações judiciais estudadas não importaram em erro médico. A maioria das reivindicações que não foram associadas com os erros (370 de 515 [72 %]) ou lesões (31 de 37 [84 %]) não redundaram em alguma compensação; a maioria que culminou em alguma lesão devido a erro foram compensadas economicamente (653 de 889 [73 %]). Não causa estranheza o fato de que o pagamento das reivindicações que não envolveram erros ocorreu menos freqüentemente do que aquelas onde houve associação com erros. Quando reivindicações que não envolveram erros foram compensadas, os pagamentos foram significativamente mais baixos do que a média dos pagamentos para as ações que envolveram erros (US\$ 313.205,00 contra US\$ 521.560,00  $p = 0.004$ ). No total, as reivindicações sem erros se responsabilizaram por 13 a 16 % dos custos econômicos do sistema. Para cada dólar gasto na compensação, 54 centavos foram pagos para despesas administrativas (incluindo aquelas que abrangem advogados, peritos, e sistema judiciário). Ações que envolveram erros contaram com 78 % dos custos administrativos totais.

Os custos do sistema de gerenciamento norte-americano saltaram 18,7% em 2006, conduzidos pelo benefício privado do incremento de novas drogas. A despesa total dos cuidados médicos atingiu, no ano analisado, 16% do produto doméstico bruto, sendo projetado para alcançar 20% em apenas 7 anos (KUTTNER, 2008).

A sensação de culpa, medo e isolamento é freqüente entre médicos e pacientes quando o chamado “erro médico” entra em pauta na relação entre os dois. Delbanco e Sigall (2007) publicaram um artigo que comenta uma série de entrevistas com médicos e pacientes organizadas para um documentário conduzido pelos autores. Eles focaram sua atenção em três dos temas apontados no filme. Geralmente estão ausentes da literatura médica. Primeiro, apesar de ser reconhecido que médicos se sentem culpados após um erro, membros da família muitas vezes têm sensações diferentes. Segundo, pacientes e suas famílias têm medo de um dano adicional, inclusive da retribuição dos profissionais da saúde, caso expressem seus sentimentos ou comentem sobre os erros cometidos. Terceiro, os médicos podem se distanciar dos pacientes que foram prejudicados, isolando-os justamente no momento em que mais precisam. Esse processo parece um círculo vicioso. Quanto mais medo, mais culpa e distanciamento de ambas as partes. Os autores comentam também sobre as sugestões dadas pelos hospitais ou companhias de seguros para que evitem palavras como “erro”, “dano”, “negligência”, “falha” ou “engano”.

No Brasil quase não há trabalhos indexados sobre o chamado erro médico (MENEZES, 2003). Porém, podemos dizer que esta expressão funciona como uma aura de medo e apreensão devido a repercussão tanto jurídica quanto ao tratamento dado pela imprensa (GOMES e FRANÇA, 1998). Neste último aspecto, a apreensão se dá dado ao fato noticioso não esclarecer sobre as causas da denúncia, mas se aterem à figura do médico em especial (COSTA, et. al., 1998). Um exemplo da extensão desse tema pode-se observar numa consulta no portal de busca Google que há – em português – cerca de 4.220.000 citações com a expressão “erro médico”<sup>14</sup>. As ações judiciais que chegaram ao Superior Tribunal de Justiça brasileiro aumentaram 200% em seis anos. Em 2002, foram 120 processos. Até novembro de 2008 eram 360 novos processos autuados por esse motivo, a maioria dos recursos questionando a responsabilidade civil do profissional (TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTIÇA, 2008).

---

<sup>14</sup> Acesso realizado em 12 de junho de 2009.

As causas do erro médico são distintas, porém, dá-se forte ênfase a relação médico-paciente para tentar-se dirimir as denúncias ou atenuar o número de processos judiciais que prosperam tendo como objeto o erro médico (COSTA, et. al., 1998).

Em relação às diferentes expectativas experimentadas pelos médicos, Juger (2004) remete a uma série de respostas a um editorial sobre a infelicidade dos médicos publicado no *British Medical Journal* (SMITH, 2001). Lá, vários comentários se assemelham em relação a estas expectativas. É notável que as respostas – vindas de várias partes do mundo, incluindo países em desenvolvimento – descrevam os médicos como culpados, defensivos, distantes dos seus colegas e pacientes, muitas vezes cercados das ineficiências dos sistemas em seu local de trabalho, mesmo quando os problemas transcendem estas estruturas.

Particularmente frustrante para o médico, sendo fonte de insatisfação comumente relatada e observada na vida cotidiana, é a falta de tempo para a realização das suas tarefas, notadamente quando estas o afastam da relação direta para com o paciente. Manifestações dos médicos sobre esse tema já foram relatadas no início deste capítulo (MASSACHUSETTS MEDICAL SOCIETY [MMS], 2001).

Zuger (2004, p. 73) cita duas entrevistas que merecem ser reproduzidas neste capítulo. Primeiro, uma entrevista de Kenneth Ludmerer, médico e historiador da medicina da Universidade de Washington em St. Louis, na qual ele atesta: “o único grande problema da medicina hoje diz respeito ao tempo”. Segundo, uma entrevista do Dr. Renne Fox, sociólogo e médico notável da Universidade do Pensilvânia: “a angústia dos médicos parece vir da violação diária daquilo que eles sabem que devem fazer”. Em seguida ele continua: “*a dor vem do grau a que estão expostos seus valores, mas não se pode viver sem eles.*” Além disso, segundo Zuger (2004), Dr. Fox disse que o recente e intenso interesse em identificar e impedir os erros médicos tem ampliado os sentimentos de insegurança para muito além dos altos níveis gerados pelo

medo do litígio. Vemos aí duas variáveis se interpondo. A insegurança e a restrição do tempo.

Entretanto, a quase totalidade dos trabalhos citados neste capítulo, tanto no Brasil quanto no exterior, dá conta de que os médicos se sentem realizados quando se é destacado, isoladamente, a experiência médica no sentido estrito do termo. Porém, essa vivência não está desatada do mundo na qual ela se insere. Quando os efeitos desse mundo desabam sobre esta prática – e esta é a regra – os sintomas de insatisfação se revelam.

Finalmente, vimos que as palavras e sentimentos se cruzam. Infelicidade, perda da autonomia, desgaste, falta de tempo, o erro, o profissionalismo no mundo contemporâneo, a burocracia. Seja lá qual for o termo usado, o resultado conflita entre a satisfação do ato médico em si e a insatisfação quando este ato está em relação com mundo.

#### **4.2.4 – O sujeito moderno**

Nos capítulos anteriores, tentamos dar uma idéia da evolução das idéias em especial no que concerne ao pensamento médico. Nosso intuito é elaborar uma contribuição para podermos entender como pensa o sujeito moderno e, por extensão, como pensa o médico neste tempo moderno.

O sujeito é, existe, na medida em que ele duvida. Ele existe no momento em que pensa. Essa é a tese, o *cogito* de Descartes. Este torna-se o princípio fundamental da identidade do sujeito.

Como observa Roberto Kurz (2000), o fato de uma sociedade pensar sobre si mesma não é um processo espontâneo. Nas sociedades pré-modernas faltava-lhes um conceito ou impressão “planetária”, não viviam em conflito consigo mesmas. Ameaçadas pelo mundo externo, não dispunham de um consciência da história. Como exemplo ele cita os egípcios, sociedades que eram capazes de “reproduzirem-se por períodos incrivelmente longos, séculos”, sem ruírem a

partir de dentro, sem declínio de sua organização estrutural interna. Dessa forma não havia uma “*crítica da sociedade*”, mas uma “*reflexão imediata sobre Deus, ou sobre o universo, sobre a posição do homem no cosmos, sobre o enigma da morte*” (KURZ, 2000).

É por isso que apenas na modernidade, segundo Kurz, é que a forma social foi se consubstanciando, estruturando uma “*crítica social, uma consciência de formações socioeconômicas, de crise e de transformação da sociedade*” (KURZ, 2000).

Assim, entregue à razão, o homem colocou para si a oportunidade de se ver livre do jugo arbitral do Príncipe ou da vontade divina. Por conseguinte, a monarquia absolutista seria substituída por mecanismos do Estado de Direito e a humanidade, agindo segundo suas leis, haveria de avançar para a conquista da abundância, da liberdade e da felicidade.

Mas sabemos que a história não caminha em linha reta. Alain Touraine – e, podemos dizer, a vida – observa que essas expectativas não se construíram de acordo com a demanda da vontade do homem livre dos jugos anteriores, uma vez que as sensações e necessidades não são propriamente frutos únicos da razão. O autor estuda a noção do sujeito associado à razão, dizendo que

a modernidade não repousa sobre um princípio único e menos ainda sobre a simples distribuição dos obstáculos ao reinado da razão; ela é feita do diálogo entre Razão e Sujeito. Sem a Razão, o Sujeito de fecha na obsessão de sua identidade; sem o Sujeito, a Razão se torna instrumento de poder (TOURAINÉ, 2002, p. 14).

Quando Weber vê a modernidade como desencanto com o mundo, podemos ver que o mundo moderno promoveu uma separação entre o divino e a ordem natural das coisas. Esse processo foi substituído pela razão. É nesse sentido que Touraine diz que “quanto mais entramos na modernidade, mais o sujeito e os objetos se separam, ao passo que estavam confundidos nas visões pré-modernas” (TOURAINÉ, 2002. p. 217).

Mas como percebeu Bruno Latour (1994) esse tempo é também formado por “híbridos”, ou seja, há convivência entre fenômenos pré-modernos e modernos, como a tradição e a ciência, por exemplo. É justamente pela permanência desses fenômenos híbridos que Touraine observa que o drama da construção dessa modernidade foi justamente a convivência e a luta entre fenômenos antigos e atuais, dando forma e constituindo o sujeito moderno. O autor fala do drama no sentido em que situações aparentemente opostas no tempo se apresentaram em conjunto na modernidade. Como exemplo, ele cita que havia o sentimento de que o sujeito deveria ser sufocado para dar lugar à razão. Se todo sentimento vinha de uma visão de intercessão divina no destino do homem e isso foi substituído pela visão moderna de ciência, “era preciso sufocar o sentimento e a imaginação para libertar a razão” (TOURAINÉ, 2002, p. 219).

Alain Touraine (2002) chama a atenção para o perigo de confundirmos a modernidade como uma moda meramente capitalista de modernização. Ele atesta que não existe uma modernidade sem racionalização, momento no qual o sujeito se encontra com o mundo, nele se insere. Quando o autor fala do “triunfo da modernidade”, ele fala justamente do período no qual a razão seria o norteador do homem, pressupondo, também, o acesso à liberdade. Embora ele reforce a idéia de modernidade como uma anti-tradição, a tese de que estes sentimentos estão imbricados é reforçada por Latour (1994), quando este evoca a coexistência de “híbridos” entre a tradição e modernidade, moldando as situações presentes. Há, portanto, uma progressiva separação entre o sujeito e os objetos, no sentido de promoção, além de uma crescente subjetivação das relações entre os homens.

Se, por um lado, a época pré-moderna se caracteriza pela submissão do homem a vontade divina, com o aparecimento na noção de sujeito, já na alta modernidade, a ciência e a técnica acabaram por abarcar esse sujeito, submetendo-o, assim, a lógica normalizadora da economia, estrutura política predominante no mundo atual.

Se o homem pré-moderno se sentia “obstaculizado” pelo império das forças do destino, ou pelo sagrado, a modernidade pretendeu substituir essa sujeição ao mundo pela “integração social”. Mas, sabemos que os caminhos da humanidade são mesmo tortuosos. Touraine (2002, p. 223) cita Max Horkheimer: “A razão não basta para defender a razão”.

Embora na contemporaneidade, como veremos logo adiante, já apareçam as críticas a esse sujeito que se pretendia finalmente livre, não se pode negar que o aparecimento deste sujeito trouxe grandes contribuições para a civilização e a liberdade do homem, mas também enormes contradições. O mundo atual incorporou a idéia desse novo personagem, que pretendia uma identificação consigo mesmo.

Concordando com Latour (1994) quanto à tese dos “híbridos”, Touraine (2002) se ocupa da origem religiosa do sujeito. Foi na luta contra o império da determinação religiosa sobre o destino no homem que o espírito moderno nasceu. Dessa forma, adianta o autor que “o sujeito da modernidade, outro não é que o descendente secularizado do sujeito da religião” (TOURAINÉ, 2002, p. 225). Nesse aspecto, julgo ser oportuno uma observação do autor sobre o ressurgimento do sentimento religioso no mundo atual, na qual ele ressalta que o retorno destas religiões

não é apenas a mobilização defensiva de comunidades transtornadas por uma mobilização importada; ela traz consigo, sobretudo nas sociedades industrializadas, a rejeição da concepção que reduz a modernidade à racionalização e dessa forma priva o indivíduo de qualquer defesa frente a um poder central cujos meios de ação não têm mais limite (TOURAINÉ, 2002, p. 226).

Dessa forma, não se fala de um retorno ou revigoração religioso, mas de um sentimento religioso desapegado do sagrado, do divino e, portanto, secularizado.

É importante notar que em vários campos do conhecimento e da civilização esse ente – o sujeito – foi se construindo na procura de uma identidade e, neste rasto, acumularam-se transformações no pensamento humano.

Nesse sentido, observa-se a junção entre duas figuras, como disse Touraine (2002, P. 218), “voltadas uma para outra e cujo diálogo constitui a modernidade: a racionalização e subjetivação”. Dentro desse espectro, o sujeito não é apenas o cidadão que nasce da Revolução Francesa, mas ele procura moldar-se como um ser em si mesmo, sendo ele, individualmente, assoberbado tanto pela razão quanto pela subjetividade de ser, em uma figura preocupada consigo mesmo, embora, ainda não se pudesse falar em identidade. Como assinala Touraine “ele é o apelo à transformação do Si-mesmo em ator” (TOURAINÉ, 2002, p. 221).

Nesse aspecto, podemos destacar, como bem lembra Alain Touraine, três personalidades que se propuseram a ir mais além na crítica a esse homem moderno, seriam Marx, Nietzsche e Freud.

Quanto à influência do pensamento marxista, vejamos, por exemplo, o movimento socialista no mundo. Nunca é demais lembrar a frase inicial do Manifesto Comunista publicado em 1848: “Um espectro roda a Europa – o espectro do comunismo”. Uma nova idéia surgia do campo da política que enorme influência exerceu no mundo moderno. Mesmo nas situações em que este movimento não se instalou como alternativa real, não se pode negar que até os anos 70, mesmo nas políticas liberais, essas se viram na necessidade de abrir concessões para a classe trabalhadora. No Brasil, fruto disso, podemos citar como exemplo as leis trabalhistas, a previdência pública, a procura por liberdades individuais e coletivas que nasceram e se fortaleceram no rasto dos movimentos revolucionários. De certa forma o pensamento marxista rechaça as teses sustentadas pela razão, atribuindo as desigualdades humanas em função da luta de classes, evidenciada ainda mais após a revolução industrial. O materialismo histórico avança no sentido de também observar o homem, sua história, sem a intervenção divina. Ao mesmo tempo é uma contestação moderna que critica os próprios efeitos da modernidade sobre o homem.

Porém, cabe aqui um breve comentário sobre o pensamento nietzschiano e sua visão sobre esse homem. Este aspecto é de extrema importância sobre nossa tese, visto que o pensamento deste filósofo – que viveu entre 1844 e 1900 – se contrapõe aos predecessores, como bem destaca o Dicionário de Ética e Filosofia Moral (RAYNAUD, 2003). Ao contrário da filosofia de Hegel, Kant e Leibniz, Nietzsche se coloca como uma ruptura a qualquer forma de interpretação teológica da história, fazendo uma crítica ao homem, portanto, sem qualquer interferência a não ser a do próprio homem sobre si mesmo. Antes dele, Schopenhauer (1788 – 1860) era cético em relação ao sujeito. Para ele o homem era eternamente infeliz por viver uma contradição que o dividia entre o desejo de uma vida ampla, cósmica, e a avalanche das circunstâncias que o levavam inexoravelmente ao individualismo. Em função disso, o filósofo propunha uma libertação dessa individualização e de “uma concepção liberal do direito”, desapegando-se desses sentimentos para atingir o “nirvana” (TOURAINÉ, 2002, p. 115). Mas, embora ele acreditasse nessa possibilidade, não havia ali, ainda, a construção que apontasse para a formação do sujeito, porém, sem ela, sem essas observações, dificilmente chegaríamos aos pensamentos dos que se seguiram após ele.

É nesse ponto que Friedrich Nietzsche aparece com uma crítica à moral, uma vez que, conforme ele denuncia, na explicação dos fatos morais, estes se constroem como uma utilidade “à causa final das instituições ou condutas, sem ver que sua história é apenas uma 'cadeia ininterruptamente de interpretações e de aplicações sempre novas cujas causas não têm nenhuma necessidade de estarem interligadas” Raynaud (2003, p. 240). No livro *Humano, demasiado humano*, Nietzsche aprofunda essa crítica à moral, questionando a impotência da razão para conduzir o homem à liberdade pretendida pelos iluministas. Razão essa que é justamente a chave e o sentido da modernidade.

Nietzsche avança e dá mais clareza a sua crítica à moral em seu livro “Aurora” (1881). Lá ele desenvolve a tese na qual a moral não se opõe à tradição, pelo contrário, dela nasce e se alimenta. Neste ponto é relevante a citação integral do texto impresso no Dicionário de Ética e Filosofia Moral:

*“A moralidade não é outra coisa (e logo, antes de tudo, não é mais que) senão a obediência aos costumes, qualquer que seja o gênero destes; ora, os costumes são a maneira tradicional de agir e de avaliar” [...] “Aí, onde a tradição não manda, não existe moralidade e quanto menos a existência é determinada pela tradição, menor é o círculo da moralidade. O homem livre é imoral, pois em todas as coisas ele quer depender dele mesmo, e não de um costume estabelecido, de uma tradição”.* O autor complementa: “Mas a razão, cujo progresso é fatal à moralidade dos costumes, não tem ela mesma o poder de romper com a tradição, já que esta limita antecipadamente as possibilidades de questionamento ou de discussão de seus mandamentos; a inovação decisiva vem então da loucura, a única que permite idéias novas a seus portadores e que permite a seus fiéis consagrar a essas idéias uma veneração superior àquela que beneficia a tradição”. (RAYNAUD, 2003, p. 243).

Raynaud (2003, p. 243) volta a citar literalmente Nietzsche quando diz que os homens só podem se liberar da “formidável opressão da moralidade dos costumes” já que “por quase todo o lado é a loucura que abre caminho de uma nova idéia que infringe o costume, uma superstição venerada”. Dessa forma, a verdadeira liberdade do homem não seria um fruto da razão, mas haveria a necessidade de um “esforço considerável que não poderia funcionar sem fanatismo ou ilusão”.

Como se pode ver há em Nietzsche uma crítica profunda da modernidade, no momento em que ele nega a razão como um bem capaz de alcançar a liberdade. Nesse sentido, é uma contundente crítica aos postulados da própria modernidade. O novo homem, ou o “Übermensch” ou o “Além-do-homem”, geralmente traduzido como o “Super-Homem” só seria possível, como ele irá brilhantemente ilustrar em “Assim falou Zaratustra” (NIETZSCHE, 1998), num mundo sem essa moral, ou imoral, no sentido de não mais carregar o peso da tradição, ou de seu passado. Não é sem razão que as idéias de Nietzsche causaram e ainda causam tanto espanto. Afinal ele escreveu seus livros para os homens que chamou de “espíritos livres”. Podemos lembrar também, que aí cabe a frase de August Comte: “Os vivos são cada vez mais governados pelas culturas deixadas pelos mortos” (RÓNAI, 1985p. 1008).

Contudo, Raynaud (2003, p. 249) conclui que uma retomada das categorias nietzschianas são de grande importância para uma reflexão sobre o mundo moderno, na medida em que o filósofo critica substancialmente a razão evocada do iluminismo, justamente quando, ao olharmos o tempo presente, percebe-se que uma “racionalização das relações sociais é acompanhada pelo aumento da burocracia, pelo predomínio da racionalidade instrumental e pelo risco do fim da autonomia”, perigos iminentes e permanentes da modernidade.

Assim, o surgimento e o declínio do sujeito ocorre em paralelo. É evidente que a mulher se eleva à categoria de sujeito social justamente neste período, seja pela participação política ou pela sua inserção no mundo da cultura, das ciências. A luta pela liberdade sexual permitiu profundas mudanças na sociedade: a possibilidade de programar a família, o direito sobre o seu corpo. Não há dúvidas que houve êxito nas lutas feministas no que concerne à liberdade sexual. Porém, permanece em debate a tese que tais conquistas ainda estariam sob o ordem estabelecida ora pelo Estado, ora pela empresa –, ou ambos –, num processo de priorização do indivíduo como instrumento de consumo. Não parece ainda claro se tal liberdade sexual atenuou as contradições psíquicas inerentes ou para além da própria sexualidade.

É inquestionável que os movimentos ambientalistas só tomaram força no bojo da compreensão do direito do homem de viver, do sujeito se colocar num ambiente seguro, confortável e perene.

Porém, ainda como característica da modernidade, a razão, a primazia da técnica, implicava em uma normalização da vida. Se na modernidade dividida, como acentua Touraine, se situava entre a racionalidade e a instrumentalidade, a primeira apontava para as atividades que valorizam a vida e o consumo. Já quanto à instrumentalidade, necessidade de organização e normalização justamente em função da vida e do consumo, se organizava nas formas de nação e empresa.

É na tentativa de uma compreensão deste confuso momento, que a psicanálise elabora profunda contribuição.

Touraine (2002) recorre a Freud no sentido de dar maior importância ao fortalecimento do pensamento subjetivo, entendendo esse movimento como uma penetração do sujeito no indivíduo e, portanto, a transformação – parcial – do indivíduo em Sujeito. Em oposição às representações e as normas sociais surge o sujeito, entidade que “não é a alma em oposição ao corpo, mas o sentido dado pela alma ao corpo”. Mas esse homem, agora, apartado da aura religiosa, procurando alcançar uma liberdade através da integração com os outros, numa pretensa harmonia pretendida pela razão, vê-se constantemente ameaçado, segundo Touraine, pelo poder absoluto desta sociedade sobre ele mesmo.

No curso das idéias dos pensadores contemporâneos, Elisabeth Roudinesco, psicanalista francesa, inicia seu livro “Porque a psicanálise?” (2000) com o capítulo intitulado “A derrota do sujeito”, parte integrante de uma primeira parte intitulada “A sociedade depressiva”.

Ora, o sujeito nasce com a razão, e certamente fruto dela, ou melhor, da sua instrumentalização, encontramos uma sociedade que procura incessantemente um bem-estar, sem compreender exatamente as causas do seu mal-estar. Nesse sentido a autora afirma que no mundo contemporâneo o sofrimento psíquico se manifesta como depressão, palavra essa que serve hoje como panacéia de todos os males substituindo, freqüentemente, outras expressões como a tristeza, frustração e culpa. Fala-se de uma derrota do sujeito, quando o mecanismo de acesso a esse indivíduo não se dá prioritariamente pelo entendimento das suas perturbações, mas pelo nome do distúrbio, o que imediatamente incorrerá numa instrumentalização, ou numa medicalização.

Não se trata de desconsiderar o avanço de tecnologias. Mas o que se vê é a procura inarredável de uma solução cujo nome acarretará a procura de um instrumento, e não de um entendimento, processo esse que poderá ser postergado indefinidamente. Roudinesco (2000) salienta que nesta sociedade contemporânea, onde o sujeito é instrumentalizado, há um estímulo a acentuação da diferença, no qual cada um reivindica uma singularidade,

recusando-se, no entanto, a se identificar com uma universalidade, a se identificar, digamos, com um outro. Neste ponto ela acentua que “a era da individualidade substitui a subjetividade”. E continua: “dando a si mesmo a ilusão de uma liberdade irrestrita, de uma independência sem desejo e de uma historicidade sem história, o homem de hoje transformou-se no contrário de um sujeito” (ROUDINESCO, 2000, p. 14).

É o que de certa forma nos faz pensar Foucault quando fala de um *Homo oeconomicus*, conforme já introduzimos no capítulo 4.1.2.1, um homem empreendedor de si mesmo. Uma individualidade que vai além do indivíduo, mas que o consagra a si mesmo.

Uma sociedade assim fundada, notadamente uma sociedade democrática moderna, como remarca Roudinesco, deseja afastar, ou “banir” de sua perspectiva qualquer realidade adversa, qualquer infortúnio, ignorando a morte ou a violência como instituições evitáveis, porém esperadas naturalmente. Dessa forma, não nos causa espanto a insistência quase imediata em se nominar culpados por acontecimentos decorrentes da natureza ou da imprevisibilidade. Antes de qualquer reflexão, estamos habituados a classificar casos bizarros, cujo desfecho é desastroso, como obra de um erro humano, um desastre da natureza como uma irresponsabilidade cujo autor logo se tornará público. O homem moderno não tolera a incerteza e, de forma arrogante, atribui a sua própria espécie toda sorte de insucesso cuja explicação não parece evidente.

Assim, tende-se a uma sociedade normalizada, onde já se sabe de antemão quais são os culpados ou as vítimas de qualquer infortúnio. Sem nos deixar tomar pelo exagero ou pelo apelo espetacular, a sociedade e a mídia suspeita que todo ato político violento contrario ao poder é terrorismo, todo incêndio de uma mata é um criminoso ato humano, todo insucesso médico é um erro.

Numa sociedade instrumentalizada na qual existem multidões, mas não sujeitos, quase que paradoxalmente individualidades espetaculares em si mesmas que não são sujeitos, parece sempre afirmar-se que os distúrbios

psíquicos estão ligados a uma anomalia das células nervosas, o que imediatamente nos remeterá a um medicamento. Porque então nos preocupar?” Tende-se, então a uma coletividade que evita o litígio, o conflito, renunciando a reflexão sobre suas condicionantes. Em tudo há uma certeza, um nome, um remédio.

A autora chama a atenção para o fato de como as sociedades modernas do fim do século XX

*deixam de privilegiar o conflito como núcleo normativo da formação subjetiva. Em outras palavras, a concepção freudiana de um sujeito do inconsciente, consciente de sua liberdade, mas atormentado pelo sexo, pela morte e pela proibição, foi substituída pela concepção mais psicológica de um indivíduo depressivo, que foge de seu inconsciente e está preocupado em retirar de si a essência de todo o conflito (RUDINESCO, 2000, P. 19).*

Esse sentido, à falta de uma perspectiva de mudança ou transformação, o indivíduo tende a recorrer a substitutivos, como o abuso da dependência química, da religiosidade, do higienismo, ou do culto a um corpo perfeito, o ideal de uma felicidade que se apresenta como impossível. Podemos dizer que também é um evidente sintoma desta normalização a procura por uma performance sexual inquestionável assegurada pela química, mesmo na ausência de qualquer disfunção erétil.

Elisabeth Roudinesco alertava em artigo publicado no jornal francês “Le Monde” (2008) sobre o que chamou de homem comportamental, contribuindo para a tese de Foucault sobre o biopoder (conf. capítulo 4.1.2.4). A psicanalista observa que depois de décadas os estados democráticos se apóiam na ciência para governar os povos, e destaca:

*A gestão das populações pela medicina e pela biologia favoreceu a eclosão de uma ideologia de segurança que consiste a reduzir cada cidadão miserável a uma pilha de neurônios sujeita a todas as espécies de avaliações. O sujeito político, herdeiro da época das Luzes, é substituído pelo homem comportamental, quantificado, coisificado, avassalado por uma norma tirânica a qual atribui-se uma identidade religiosa ou étnica a todos os compromissos universalistas julgados perigosos, assim como os ideais de Maio de 68:*

*querer alterar o mundo ou lutar contra as desigualdades* (ROUDINESCO, 2008).

Podemos ver aí uma das grandes e terríveis características da modernidade, como havia anunciado Freud. O homem optou pela troca de um quinhão de liberdade por uma sensação de segurança.

Penso que não cometo o exagero em usar numa tese de doutorado algumas expressões ou impressões que se têm tornado cotidianas na vida contemporânea. Com uma freqüência ao mesmo tempo assustadora, mas quase imperceptível, somos invadidos por frases que se repetem em várias situações ordinárias. Ao entrarmos em um banco há letreiros nas paredes e nas máquinas que nos recebem dizendo: “para sua segurança” só nos será dispensado um certo valor de dinheiro, ainda que se necessite de mais. Alguém que nos quer vender algum produto dizendo: “para sua segurança...”, as chamadas de telefone insistem em nos dizer com uma voz amável: “para sua segurança essa ligação poderá ser gravada...”. Ora, o que está em jogo é a segurança do banco, da empresa. Quando passamos por um incômodo detector de metais nos é dito que é para nossa segurança. Mas não, é para a segurança e garantia de quem o instalou. Mas o indivíduo é sugestionado a aceitar o jogo, posto que o bem, inconsciente ou não, que ele mais precisa – a segurança – deve ser assegurado, e não o objeto do seu interesse em si que deve ser garantido. Logo a frente falaremos de exemplos próprios da profissão médica.

Podemos, agora, retomar ao texto de Robert Kurz (2000) citado no início deste capítulo, no qual ele comenta ser este momento, o da pós-modernidade, talvez, o momento mais irreflexivo da história humana. Ele observa, como já adiantamos, que o pensamento pré-moderno era acrítico na medida em que a sociedade repousava “*estaticamente*” sobre si mesma e o pensamento reflexivo se reportava não ao vazio, mas a uma ordem divina. Entretanto, com a razão, a reflexão sobre o homem como a medida de todas as coisas, momento em que, ao contrário dos tempos pré-modernos, o homem se coloca no mundo, transforma-se em sujeito, o filósofo alemão avalia que na pós-

modernidade, não há uma compreensão sobre os conceitos de reflexão, conceitos que são alheios à contemporaneidade. Ele reforça que este desfecho instrumentalizado e irreflexivo é “absurdamente festejado como transição para um pragmatismo livre de ilusões. Junto com a crítica social, é o pensamento reflexivo que chega ao fim”. E continua dizendo que em função disso a “famigerada capacidade do indivíduo moderno de refletir sobre si próprio, de sair de sua própria pele e contemplar como que de fora as próprias ações, esvai-se a olhos vistos” (KURZ, 2000). Não há como não concordar com Roudinesco quando ela sugere a derrota do sujeito.

Kurz termina seu artigo de forma contundente que cabe aqui sua reprodução literal:

*Uma sociedade que somente funciona não é mais humana e acaba por não ser mais capaz de funcionar. Num movimento frívolo, que perdeu todo sentido e objetivo transcendentais, o pensamento normativo da ‘ética’ cai no vazio, pois não está mais lastreado em nada. E a filosofia da ‘vida bem-sucedida’, do indivíduo como ‘obra de arte’ de si mesmo, vira uma triste farsa, porque ignora a crise da metafísica moderna. Ela proclama-se pensamento ‘pós-metafísico’, embora a verdadeira metafísica social da modernidade permaneça inviolada. O auto-esteticismo pós-moderno desdobra-se numa casa em chamas (KURZ, 2000).*

Alguns anos antes, em seu livro “ O colapso da modernização”, Kurz (1993. P. 231) alertava que a redução da razão subjetiva, terminava inexoravelmente por assumir a lógica objetiva do mercado, forma de organização quase que exclusiva da pós-modernidade, “à qual as pessoas acabam se sujeitando com um prazer quase masoquista”.

Comentaremos um pouco agora sobre este sujeito moderno e sua relação com a arte, ou o papel ou forma da arte contemporânea.

É sobre esse aspecto do indivíduo como obra de arte em si-mesmo, processo que finaliza na sua própria individualidade, se descaracterizando, assim, como sujeito, que temos a chance de pensar em como a arte se coloca no mundo contemporâneo. Este tema é de grande valor em nosso trabalho, já comentado no capítulo 4.1.2.3. Afinal, por muitos é divulgado que a medicina opera como

uma arte. Por isso nos ocuparemos mais longamente deste tema neste capítulo; as relações do indivíduo moderno com a arte.

Destacamos o celebrado texto de Walter Benjamin (1996) “A obra de arte na era de sua reprodutividade técnica” escrito entre 1935 e 1936. Com já havia salientado Raynauld (2003), parece que as idéias de Nietzsche marcaram grande influência no pensamento de Benjamin. Podemos ver sinais dessa influência neste texto sobre a obra de arte. Em resumo, o filósofo alemão não contesta que a obra de arte sempre foi reprodutível. Os gregos reproduziam a arte em molde e cunhagem. Assim, as únicas obras fabricadas em massa, eram em moeda e terracota. Todas as demais eram únicas e irreprodutíveis. Dai Benjamin dizer que “os gregos foram obrigados, pelo estágio de sua técnica, a produzir valores eternos” (BENJAMIM, 1996, p. 175).

No entanto, com a evolução da técnica e a reprodução da obra de arte, a mão se veria “liberada das responsabilidades artísticas mais importantes, que agora cabiam ao olho” (BENJAMIM, 1996, p.167). Embora não se questione a essência que emana do original, daí o seu valor, Benjamin (1996) afirma que a autenticidade é a “quintessência” da tradição, guardada na sua originalidade. No momento em que ela é reprodutível, há um rompimento com esta tradição, o que ele chama de um violento abalo deste sentimento tradicional que comporta e assegura o original. Desta forma, ele pensa que aí se constitui o “reverso da crise atual e a renovação da humanidade” (BENJAMIM, 1996, p. 169). Por conseguinte, o valor único e inigualável da obra original, se eleva a um tipo de fundamento que ele chama de “teológico”, ainda que remoto, o que lhe confere um status religioso, de culto, “como num ritual secularizado” (BENJAMIM, 1996, p.171). Assim, o objeto reproduzido se destaca do domínio da tradição.

Mais adiante, o autor considera que extraindo-se a categoria de autenticidade de uma obra, podendo ser ela reproduzida em massa, “toda a função social da arte se transforma” (BENJAMIM, 1996, p.171). Podemos dizer que a modernidade, período no qual a reprodução não encontra limites, há um

rompimento com o estrito pensamento cultural e sagrado da arte, fazendo com que ela alcance, segundo Benjamin, um status político.

Zygmunt Bauman, em seu livro “O Mal-Estar da Pós-modernidade” (1998) se pergunta sobre a impossibilidade da vanguarda na arte pós-moderna. A palavra vanguarda deriva do francês *avant-gard*, “posto avançado, ponta-de-lança da primeira fileira de um exército em movimento (BAUMAN, 1998, p. 121)”. Quando se pode delimitar onde é exatamente a linha ou a fronteira que se deseja transpor, podemos imaginar que além dela reside o espaço ainda não conquistado, ou explorado. Mas para se avançar para além deste ponto é imperativo delimitá-lo. O autor sustenta que o que falta ao artista moderno – podemos dizer ao homem contemporâneo – é justamente imaginar o lugar dessa linha para, depois, pretender transpô-la. Essa linha de frente, aquela que “outrora nos permitia decidir qual o movimento para frente e qual o de retirada” (BAUMAN, 1998, p. 122).

Podemos ousar alguns exemplos. Um quadro de Vincent Van Gogh, exposto no museu de Amsterdam, chama especial atenção pelo que consegue nos comunicar e por um sutil detalhe que é original por mais de um aspecto. Trata-se de uma bíblia antiga, pesada aberta sobre uma mesa. Ao lado uma vela apagada. Um pequeno livro amarelo, envelhecido, aparentemente bastante manuseado, repousa logo a frente da bíblia. A obra leva o nome de *Still Life with Bible*<sup>15</sup>, datada de 1885. Segundo informações do museu, a bíblia representaria o pai do artista, austero pastor protestante, a vela – sem chama – significaria a morte dele. Já o livro é de Émile Zola, cujo título é *La joie de vivre* (A alegria de viver). A mensagem por si só já nos causa profunda emoção e arrebatamento. No entanto, o artista até então utilizava, em seus trabalhos iniciais, cores sombrias, escuras, próprias da época, bem ao estilo de Rembrandt. São exemplos desta fase os clássicos “Os comedores de Batatas”, “Cabeça de Mulher” e “Cabeça de Homem”, todos de 1885. São escuros, sombrios. Se diz que o artista retratava os camponeses “sem perdão”.

---

<sup>15</sup> Confira imagem em

<http://www3.vangoghmuseum.nl/vgm/index.jsp?page=3450&collection=451&lang=en>

Quanto à obra em questão, Téo, irmão do artista, lhe escreve dizendo que em Paris há um movimento que utiliza e abusa de cores vivas, vibrantes, uma novidade. Para além do já conhecido, o autor dá ao pequeno livro de sua obra uma vibrante cor amarela. A alegria de viver com a morte do pai é amarela! Cor que o seguirá por toda a vida. O artista transporta, vai além da imagem para retratar toda a sua angústia, a opressão paterna, pesada. E vai além, também, na técnica. Ele sabe que deseja transpor uma fronteira, embora ainda, é possível que não a atenha, ainda, vislumbrado.

Os modernistas se preocupavam em desconstruir a estética da arte tradicional. Se não sabiam exatamente onde chegar, sabiam de onde partir. O modernismo no Brasil, claramente procurou uma linguagem autenticamente brasileira para escapar da forma e do conteúdo europeu. Segundo Bauman (1998, p. 122) o modernismo surgiu como um protesto contra “promessas descumpridas e esperanças frustradas”

Bauman cita longamente Stefan Morawski filósofo da arte polonês, estudioso da arte moderna. Ele observa que o modernismo poderia ser retratado como um movimento no qual todos estavam abertos a um pioneirismo que os impulsionava sempre para a frente, comportando-se com aversão aos cânones acalentados pelas artes tradicionais, engajavam-se nos movimentos contestatórios, revolucionários, eram parte viva do mundo que pretendiam mudar, ou queriam retratar transformado, como o era efervescente também a sociedade grega na ilha de Cós. O mundo das artes pretendia romper barreiras, sendo elas quais fossem. O fim do processo não era o objeto da ação, mas fazer era a arte. Desta forma Bauman (1998) escreve que havia um aparente paradoxo na vanguarda, onde o sucesso poderia representar fracasso, enquanto que uma derrota, ou o não reconhecimento, poderia representar a confirmação contestatória do artista.

Em contrapartida, as artes contemporâneas não se inclinam para uma realidade social. Segundo Bauman (1998, p. 129) “elas se elevaram dentro de

uma realidade sui generis, e de uma realidade auto-suficiente”. Usando exemplos citados por Humberto Eco, o filósofo aponta que o

*limite natural para a aventura da vanguarda foi atingido na tela em branco ou queimada, nos desenhos raspados de Rauschenberg, na galeria vazia de Nova York quando da vernissage de Yves Klein, no buraco desencavado por Walter de Maria em Kassel, na exibição telepática de Robert Barry, com páginas vazias de poemas não escritos. O limite das artes vivido como uma permanente revolução foi a autodestruição. Chegou um momento em que não havia nenhum lugar para onde ir. (BAUMAN, 1998, p. 127).*

Embora possa causar estranheza observar – ou melhor, escutar – uma orquestra diante das partituras em completo silêncio por quase cinco minutos, é simbolicamente a representação desta modernidade tardia. Trata-se da composição silenciosa e John Cage<sup>16</sup>. A performance da orquestra e a reação entusiasmada do público na obra 4’33’’, tempo em minutos da composição, é surpreendentemente simples e arrebatadora. Talvez ela pretenda retratar o vazio que tanto intriga os psicanalistas. Categoria na qual o sujeito moderno pode estar inserido.

Recentemente na 28ª Bienal de São Paulo (2008) o segundo andar foi apresentado completamente vazio, causando espanto aos visitantes. A intenção dos organizadores era apresentar “uma experiência física” da arquitetura do edifício. O termo 'Planta Livre' refere-se ao conceito criado por Le Corbusier, em 1926<sup>17</sup>. A reação imediata do público e de alguns críticos é que não havia arte a ser mostrada. Experiência semelhante ocorreu recentemente em Paris no Centro Georges Pompidou (2009): as enormes salas completamente vazias foram recebidas pelos visitantes com o mesmo ceticismo e estranheza como aqueles experimentados pela visão dos trabalhos dos artistas contemporâneos citados acima.

Mas não achemos que não há uma arte pós-moderna. Ela é a arte deste tempo. Um passeio pelas obras do Centro George Pompidou em Paris ou do

<sup>16</sup> Confira vários desses trabalhos nas páginas da internet. Por exemplo a obra 4’33’’ de John Cage para orquestra em <http://www.youtube.com/watch?v=hUJagb7hL0E&feature=related>, ou para piano in [http://www.youtube.com/watch?v=gN2zcLBr\\_VM](http://www.youtube.com/watch?v=gN2zcLBr_VM).

<sup>17</sup> Confira no sítio <http://www.28bienalsaopaulo.org.br/>.

Museu de Inhotim em Minas Gerais, pode causar estranheza ao visitante. O artista que ir, mas a linha divisória não é nítida, e essa estranheza é o significante de um outro lado cuja fronteira ainda não nos foi revelada. Mas este lugar que não há, é revelado pelo artista e, para nossa surpresa, com estupenda manifestação artística.

Dessa forma, a arte contemporânea alcançou, segundo Bauman, um tal grau de independência e liberdade em função da realidade que seus antecessores modernistas jamais poderiam sonhar. Entretanto, o preço a ser pago seria a dificuldade em se apontar uma linha nova para o mundo. Baudrillard sustenta que a importância da obra de arte nos tempos atuais, é medida pela publicidade e notoriedade que ela alcança. Ele continua “Não é o poder da imagem ou o poder arrebatador da voz que decide a 'grandeza' da criação, mas a eficiência das máquinas reprodutoras e copiadoras – fatores fora do controle dos artistas” (BAUMAN, 1998, p. 130).

O debate sobre o significado desta arte não pretende um fim, ele não se encerra. Mas houve classificações em categorias distintas, na qual a arte contemporânea para Gautier (BAUMAN, 1998, p. 129) seria um fim em si mesmo, chamando-a de “*arte por amor à arte*”. Já o compositor Schoenberg (1874-1951) radicalizava dizendo que “nada que seja útil pode ser arte”.

Porém, talvez, o que mais chame a atenção da arte contemporânea, seja a necessidade de incorporar o não-representável na própria representação. É nesse sentido de Baudrillard (BAUMAN, 1998) insiste em dizer que a obra de arte contemporânea cria o seu próprio espaço, podendo apreender que a obra de arte se coloca e reside no espaço entre o artista e o espectador. Cabe aqui citar um pequeno texto de Bauman:

“Em vez de afirmar a realidade como um cemitério de possibilidades não provadas, a arte pós-moderna traz para o espaço aberto à perene inacababilidade dos significados, e assim, a essencial inexorabilidade do reino do possível. Pode-se mesmo dar um passo adiante e sugerir que o significado da arte pós-moderna é a desconstrução do significado” E continua logo à frente; “É isso que transforma a arte pós-moderna numa força subversiva” (BAUMAN, 1998, p. 136)

Podemos pensar no sentido de arte como proposto por Heidegger. A arte habita no abismo, lugar fronteiro, e por isso extremamente perigoso, entre o conhecido e o que ainda está oculto.

No dizer de Bauman, quando analisa a arte na pós-modernidade, o objeto desta arte não é a representação ou a procura de um fim, mas ganhar o espaço da experimentação, o exercício da experiência sem o compromisso de uma representação.

Talvez, agora, podemos chegar ao ponto que nos interessa na intercessão da arte contemporânea com o sujeito moderno e, em especial para com a medicina. Podemos pensar, pelo menos, que há algum sentido no fato de pensar-se esse sujeito moderno como o ser em declínio, derrotado, como sugere Roudinesco (2000), posto que vencido pela instrumentalização do ser que acaba por transformá-lo num *Homo oeconomicus*, como propôs Foucault (2004). Se trocamos realmente a liberdade pela segurança, como sustentava Freud (1974), é possível especular sobre o homem que se esquiva da arte, do abismo onde ela pode ser experimentada. Com isso esse homem abomina, também a experiência como um todo, num eterno retorno à tradição, justamente essa que a modernidade julgava destruir.

Se arte pós-moderna não pretende uma mensagem para o futuro, é possível que ainda não a compreendamos exatamente, já que renunciamos a nos precipitar à borda deste abismo para perscrutá-la. Mas como a medicina se pretende uma arte, se renunciamos à experiência?

#### 4.2.5 – A norma médica contemporânea

“A medicina é uma das ciências mais intimamente ligadas ao conjunto da cultura, já que qualquer transformação nas concepções médicas está condicionada pelas transformações ocorridas nas idéias da época”

Henry E. Sigerist (1932)<sup>18</sup>

Não há uma forma única para a elaboração do raciocínio médico, uma norma que pudessemos assegurar como inquestionável. Podemos dizer que essa possibilidade não é encontrada em nenhuma forma do conhecimento. Tanto em função da multiplicidade e atemporalidade desse conhecimento, como também da irregularidade do ensino médico e da “educação continuada”, como pelas contingências econômicas, ou a imperícia, seria um exagero, ou uma redução, achar-se que o modelo científico seria a única norma, ou o imperativo a ser aplicado para todos os médicos e o sistema de saúde no qual e ele se insere.

Sem qualquer auxílio da estatística, ou de trabalhos científicos, podemos chegar a essa conclusão. A experiência médica, para quem a exerce, nos dá indícios diários disso. Portanto, a qualquer norma que nos propusermos, ela ainda guardará grande dose de incerteza.

Mas os séculos de procura por uma orientação que não nos deixasse completamente às cegas ou entregues a sugestões meramente intuitivas, acabaram por constituir um modelo que predomina nos dias de hoje – e não há como não reconhecer, com fabulosos avanços – como o paradigma predominante; o modelo científico. Através dele podemos medir, reproduzir eventos, comparar situações e resultados e, finalmente, aplicá-los na clínica. Daí a norma científica se apresentar como o grande norteador do raciocínio clínico.

---

<sup>18</sup> Conf.em Canguilhem (2002. p. 77)

Este modelo, segundo Foucault (1998), teve seu marco fundamental, como já vimos, por volta do século XVII quando Morgagni<sup>19</sup> publicou suas primeiras observações sobre anatomia. Mas foi em Bichat<sup>20</sup>, nascido exatamente no ano da morte de Morgagni, que o encontro da anatomia patológica se deu com a clínica. É dele o seguinte fragmento extraído do livro “*Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine*” de 1801:

Durante 20 anos, noite e dia, se tomarão notas, ao leito dos doentes, sobre as afecções do coração, dos pulmões e da víscera gástrica e o resultado será apenas confusão nos sintomas, que, a nada se vinculando, oferecerão uma série de fenômenos incoerentes. Abram alguns cadáveres: logo verão desaparecer a obscuridade que apenas a observação não pudera dissipar (Foucault, 1998, p. 168).

Mas a origem do método científico, parece ter se iniciado com Francis Bacon (1561 – 1626), sendo ele, segundo Sournia (1997, p. 91), o responsável pela introdução dos princípios da “experimentação e da observação”. Isso se deu em função da crítica de Bacon ao raciocínio silogístico de Aristóteles, propondo uma nova disciplina do procedimento indutivo.

Já o nascimento da racionalidade probabilística, se deu em função justamente da necessidade de aplacar-se a incerteza que cerca a medicina até aos dias de hoje. Essa incerteza tem múltiplas razões que, por vezes, se associam: há incerteza na coleta e também na tradução dos dados relatados pelo paciente; incerteza nas informações vindas da propedêutica diagnóstica; incerteza, sobretudo, dos benefícios esperados pelo tratamento aplicado.

É nesse sentido que o trabalho de Laplace<sup>21</sup> publicado em 1814, o “*L’essai philosophique sur lês probabilités*” exerce um papel fundador para a base científica do raciocínio clínico. Isso se deu tanto pela originalidade e importância do trabalho, quando pela popularidade imediata que ele alcançou, já que foi editado cinco vezes após a morte de Laplace. É ainda de grande destaque a menção que o autor fez sobre a medicina como um dos domínios possíveis de aplicação do raciocínio probabilístico. A expressão “*método*

---

<sup>19</sup> Giovanni Battista Morgagni, anatomista italiano (1682 – 1771)

<sup>20</sup> Marie François Xavier Bichat (1771 – 1802)

<sup>21</sup> Pierre-Simon Laplace, matemático, astrônomo e físico francês (1749 – 1827)

*numérico*” aplicada ao raciocínio clínico foi utilizada por Pierre-charles-Alexandre Louis entre 1832 e 1834 (GRENIER, 2004, p. 308).

Porém, foi com Claude Bernard (1813 – 1878)<sup>22</sup> que a experimentação, e portanto, o método científico, estabeleceu sua relação para com a medicina. Bernard fixou, assim, as regras mais elementares da pesquisa biológica que por fim foram aplicadas em vários outros domínios além daqueles restritos à biologia à medicina (SOURNIA, 1997, p. 211).

Toda a evolução tecnológica que se seguiu foi fruto dessa evolução, sem a qual Pasteur não lograria a técnica da vacinação e os antibióticos seriam ainda de uso empírico e intuitivo, processo esse que se estendeu até a ampla utilização da penicilina em 1941, em consequência da grande demanda provocada pela 2ª Grande Guerra Mundial.

Esta pequena introdução se faz necessária para tentar alcançarmos um entendimento sobre o imperativo técnico e científico que se coloca sobre o médico contemporâneo.

Como estudamos, o grande avanço técnico-científico da medicina apontava para um progresso incontestável. Apesar da medicina sempre ter sido criticada sobre vários ângulos, as críticas de maior contundência e relevância técnica e intelectual, surgiram nos anos 70, em especial com Ivan Illich, seguido de perto por Jean Clavreul.

Porém, como já nos alertava Sinding (2004), os médicos em geral ignoraram e ainda rejeitam essas críticas. Talvez, sem sermos tão incisivos assim, não se pode negar que essas críticas passam ao largo do trabalho médico. Isso não quer dizer que os médicos não tenham conhecimento delas, mas pelo menos, pode-se dizer que sua influência para uma tomada de decisão parece ser nula. Lembremos, como disse Clavreul (1983), que o discurso médico (científico, técnico e especializado) é poderosíssimo, e que, na vigência dele, os médicos e a medicina, não reconhecem outro.

---

<sup>22</sup> Os princípios de Claude Bernard foram publicados em 1865, no livro *“Introduction à la médecine expérimentale”*.

Seja pela indiferença ou por uma necessidade de proteção e segurança, os médicos optaram por uma reação de aprofundamento na sua razão calculista e estatística. Ao contrário de uma reflexão sobre a condição médica no mundo moderno, o movimento que se observou foi um mergulho na técnica, em especial quanto a sua especificidade, tendo como conseqüência o aprofundamento da norma.

É nesse sentido que a reação às críticas, tiveram alguma influência para o movimento que se seguiria de normatização do pensamento e da tomada de decisão médica. Com efeito, foi justamente neste período que ocorreram as propostas de A. L. Cochrane (1972) e Thomas McKeown (1979)<sup>23</sup>, que resultam de um longo caminho cujo início, como vimos, se deu em Bacon.

Como resultante deste processo surge, em 1992, a expressão *Medicina Baseada em Evidências*, elaborada por um grupo canadense da Universidade de McMaster. A expressão, como formulada por Trumbic (1998), se refere a “utilização conscienciosa e judiciosa dos melhores dados atuais da pesquisa clínica para aplicação personalizada em cada paciente”(FOURRIER, 2004, p. 462). Por consciencioso supõem-se uma interpretação metódica dos dados vindos da pesquisa clínica. Por melhores dados atuais entende-se como a disposição de uma aceitabilidade fácil a todas as bases de dados utilizados. E, finalmente, judiciosa é a expressão que nos indica a apreciação e interpretação do nível de provas disponíveis e comparados a situações de cada paciente individualmente (FOURRIER, 2004, p. 462).

Mas não podemos entender essa concepção como nova. Afinal estes princípios há muito estão presentes no Código de Ética Médica. É dever do médico usar de todo o arcabouço científico disponível e atualizado no sentido de ajudar o seu doente. Segundo Grenier (1995), “esta é uma maneira de dispor os cuidados ao paciente, uma ajuda a decisão médica e uma ferramenta de ensino”. Ademais, se nos recordarmos dos princípios do raciocínio clínico, não escaparemos a antigos ensinamentos nos quais a decisão médica é formulada a partir da coleta de dados, do exame físico, da elaboração de uma lista de

---

<sup>23</sup> Conf. pag 49 no capítulo 4.5 deste trabalho.

problemas, de hipóteses diagnósticas e opções de tratamento, cujo processo depende e se apóia em dados científicos e na pesquisa clínica.

É por essa razão que não podemos entender a predominância do pensamento médico racional e probabilístico dissociado do tempo em que esses parâmetros são fundamentais, ou seja, desconectado da modernidade como um todo. Ainda mais, nenhuma razão probabilística pode ser interpretada no seu aspecto puro, dissociado da imponderabilidade da própria medicina, ou da singularidade própria a um único doente.

François Fourrier (2004) analisa as vantagens e os perigos desse método clínico. Para que cheguemos a um certo nível de evidências, é necessário trabalhos científicos que contemplem situações diferentes e grande número de pessoas envolvidas. Soma-se a esse propósito, a necessidade de longos períodos de observação, ensaios clínicos custosos, cuja análise deve ser individualizada. Daí lançar-se mão de instrumentos estatísticos, avaliar-se o poder do cálculo, a expressão dos resultados em riscos relativos, intervalos de confiança, e sobretudo as demonstrações “irrefutáveis” dos trabalhos chamados de “duplo-cego”, com grupos controle; estudos randômicos contra placebos. Dessa forma “relato de casos, opiniões de peritos, estudos não controlados, trabalhos descritivos, todos aqueles suspeitos de bias metodológicos proibitivos, são eliminados do exame” (FOURRIER, 2004, p. 463). Considerando que apenas 10% dos trabalhos publicados em toda a literatura médica se fundamentam nesta medicina baseada em evidências, o autor afirma que a avaliação médica se sustenta sobre um “*assombroso balanço de insuficiências*” (FOURRIER, 2004, p. 463).

Fourrier (2004) analisa que este método tem seus perigos, no sentido de imprimir aos médicos uma racionalização “*instantânea*”, dispensando-o, ou desobrigando-o do lento processo de “*decantação*” que é característico e imprescindível a cultura médica. Esse processo não se dá sem que se aprofunde o amálgama que resulta da memória e das aquisições subjetivas que se constroem durante o aprendizado e a vivência médica, substituindo a lógica pelo pensamento apressado da razão matemática.

“O perigo não reside apenas na criação de um contra-poder capaz de desordenar as hierarquias. Faz-se crer às novas gerações que a medicina científica começou com elas, tendo como conseqüências a recusa de assimilar a experiência passada e de esquecer a intuição, a tateabilidade, a subjetividade, e talvez a loucura inventiva, características do exercício da medicina”. Soma-se a estas ponderações o risco de se considerar tudo aquilo que nos parece estranho, ou estrangeiro, “como perigosamente inútil”. (FOURRIER, 2004, p. 463).

Sobre essas observações nos é imperativo uma crítica de como os trabalhos científicos são interpretados, quando da ausência de uma crítica substancial. Essa crítica que Giddens chama de “segregação da experiência”.

É também nesse aspecto que Pierre le Coz autor do livro *Petit traité de La décision médicale*, recorre a Martin Heidegger no sentido de reforçar a crítica à medicina baseada em evidências, refletindo que essa regulação do pensamento formulado previamente à tomada de decisão “é um pensamento que calcula, não é um pensamento que medita” (Le COZ, 2007, p. 13).

Le Coz (2007) sintetiza os contextos que constroem a tomada de decisão médica. São eles os mesmos que norteiam os princípios da medicina comentados no capítulo 4.2.1 deste nosso trabalho; o princípio da autonomia e do princípio do benefício ao paciente e a justiça social

Podemos considerar que a articulação destes contextos, ou princípios, se dá dentro de regras que se constituem como o princípio ético da medicina. Afinal estamos falando desta ética em todo o nosso trabalho, daí ela não se reduzir um em único capítulo; considero que ela é discutida em todos. Assim, segundo Le Coz, a regra é um procedimento particular que atualiza um princípio universal em função dos contextos. Assim a medicina não aplicaria diretamente um princípio universal à realidade empírica, ela contextualiza esses princípios sob uma sustentação ética. Dessa forma, são os “princípios éticos que operam a revisão das regras” (Le COZ, 2007, p. 113).

O que se coloca no mundo contemporâneo é uma inversão dos valores fundamentais, no sentido em que as regras e as normas é que desenham a estrutura ética.

Didier Sicard, médico e presidente do Conselho Consultivo de Ética Francês se propõe a essa discussão no livro *“L'alibi éthique”* (2006). Já no primeiro capítulo ele discorre sobre a instrumentalização da ética, dizendo que *“este é o maior perigo de seus recursos encantatórios: a ética como cortina ou escudo”* (SICARD, 2006, p. 17). Esta instrumentalização se dá na medida em que o médico é capaz de afirmar uma condução ética a respeito de uma técnica, porém se vê incapaz de uma ética verdadeiramente abrangente, de questionar o mundo, a indústria armamentista, as guerras, os sistemas ditatoriais que implicam diretamente nos princípios de justiça social, no cuidado ao doente. É o que o autor chama de uma transformação dos princípios éticos em condutas de etiqueta. Pode-se dizer que o médico – ou o homem – da mesma forma que reduz a medicina à técnica, reduz também a ética a uma etiqueta.

Podemos observar essa redução nas tomadas de decisão, quando um pressuposto técnico se sobrepõe como verdade sobre todas as características clínicas até então envolvidas.

Essa redução do homem contemporâneo a apenas alguns aspectos da vida e não ao seu conjunto, é que motiva o do nosso estudo

Como exemplo disso podemos ver como certos trabalhos científicos quando entendidos fora da contextualização do sujeito e, tomados “ao pé da letra”, sem uma reflexão, tornam-se normas de conduta, sem que tenham verdadeiramente esse alcance. Na medida em que o “espírito” contemporâneo tende a uma redução, podemos compreender como a razão estatística do *Homo œconomicus* tende a traduzir como verdade apenas a razão sustentada pelo cálculo e não aquela mediada pela reflexão, ou *“meditação”* como no dizer de Heidegger.

O risco disso é a instrumentalização da ética e, por redução, da própria ciência, transformando a norma ética ou científica em conteúdo ideológico consubstanciado pelas idéias de uma época, aquelas da pós-modernidade.

Georges Canguilhem (2002) publicou sua tese de doutorado em 1943 intitulada *Ensaio Sobre Alguns Problemas Relativos ao Normal e ao Patológico*. É um

trabalho de extrema importância e uma referência até aos dias de hoje. Trata-se de uma crítica a Augusto Comte e Claude Bernard sobre os conceitos entre “O Normal e o Patológico”, título do livro que se seguiu à tese. O estado patológico não seria apenas uma quantificação, um exagero ou redução do estado normal mas, a partir de Canguilhem, é visto também como uma normalidade. Um estado no qual a medicina pretende intervir para melhor adaptação do sujeito à vida. Ele observa que para se fazer o julgamento entre o normal e o patológico,

*“não se deve limitar a vida humana à vida vegetativa. Em última análise, podemos viver, a rigor, com muitas malformações ou afecções, mas nada podemos fazer de nossa vida, assim limitada, ou melhor, podemos sempre fazer alguma coisa e é nesse sentido que qualquer estado do organismo, se forma uma adaptação a circunstâncias impostas, acaba sendo, no fundo, normal, enquanto for compatível com a vida”. Ele conclui que é para além do corpo que é preciso olhar, “para julgar o que é normal ou patológico para esse mesmo corpo” (CANGUILHEM, 2002, p. 162).*

Canguilhem (2002) sugere em reflexões feitas vinte anos após a publicação do livro, que a “inversão de uma norma lógica não tem como resultado outra norma lógica, e sim, talvez, uma norma estética, assim como a inversão de uma norma ética não tem, como resultado, outra norma ética, e sim, talvez, uma norma política” (CANGUILHEM, 2002, p. 213). Mais a frente o autor escreve que quando a “norma é seguida sem consciência de uma superação possível, qualquer satisfação é simples” (CANGUILHEM, 2002, p. 214). Como estudamos em capítulos anteriores, é sobre a luz de seu tempo e sua cultura que as pessoas tomam suas decisões, obviamente aí também estão situados os médicos.

Para analisarmos esta forma de pensar normatizada contemporânea, pensemos no tratamento das pneumonias adquiridas na comunidade (PAC) ou pneumonias comunitárias. Este não é um exemplo aleatório. Afinal, há cerca de 4 milhões de casos anualmente registrados nos EUA, provocando um milhão de internações anuais (HALM e TEIRSTEIN, 2002). Podemos imaginar, também, que a tradução do tratamento das pneumonias comunitárias no Brasil,

tenha se dado pela força que as revistas chamadas de “impacto” exercem sobre nossa forma de agir. Mas o tempo, ou a crença nestas instituições nos faz tomar atitudes que influenciam enormemente nossos alunos, os médicos como um todo.

Observemos, então, a evolução da forma de se pensar o tratamento das pneumonias comunitárias nos últimos 16 anos, tanto no Brasil quanto em grande parte do mundo ocidental. As conclusões a que se chegam nos tempos atuais, como veremos, não parecem ser fruto, apenas, de uma interpretação parcial dos trabalhos científicos. Afinal, não podemos desconsiderar a imposição das normas prevalentes na atualidade como condicionantes da interpretação médica sobre a própria ciência e o cálculo estatístico.

Até o início dos anos 90 a decisão sobre qual era o tratamento indicado para as pneumonias contraídas na comunidade tinham como base o raciocínio clínico (PEDROSO *et al.*, 1993). Até aquela época dividíamos as pneumonias entre aquelas chamadas de típicas e as atípicas. Isso facilitava a escolha do tratamento. Em resumo as pneumonias que começavam de forma abrupta, febre alta, dor ao respirar, sendo acompanhadas de catarro amarelado, perda do apetite, e ainda, quando solicitados exames complementares simples como o Rx de tórax, esperava-se uma condensação. Nessa situação haveria, também, leucocitose no exame do sangue periférico. Esta clínica nos dava a indicação que os prováveis germes responsáveis pelo quadro eram os *Streptococos pneumoniae* (de longe o mais freqüente), seguido de *Haemophilus influenzae*. O conjunto destes dois microrganismos, quando tratados com penicilina, levavam a resultados bem satisfatórios quanto a morbidade e mortalidade. Na clínica chamamos de ótimo resultado quando alcançamos sucesso em cerca de 95% dos casos. Os 5% restantes são os que não evoluem bem e merecem uma vigilância mais estrita para se pensar em mudança de tratamento. Os outros germes que poderiam levar à pneumonia típica contraída na comunidade são incomuns, aparecendo em pacientes mais idosos que apresentam outras doenças, ainda que não reveladas pela clínica. São as bactérias gram negativas, os anaeróbios, o *Staphylococos aureus* e em especial a *Legionella pneumophila*. Ou seja, quando usávamos uma penicilina,

nosso desafio era a possibilidade de se tratar de uma *Legionella pneumophila*, devido a potencialidade de danos graves ao paciente sendo que este microorganismo não é susceptível à penicilina. Mesmo nesta situação, parece que a ampliação do espectro dos antibióticos não redundava em diminuição da mortalidade, como veremos mais adiante (FILE, *et al.*, 2004). O insucesso nem sempre se deve a ampliação da antibioticoterapia, dele faz parte o que chamamos de “área de incerteza”.

Quando a pneumonia, ao contrário, apresentava um início lento, insidioso, com pouca tosse, sem escarro, sem dor para respirar, ou ainda, sem leucocitose ao exame de sangue ou imagens de hipotransparência nos pulmões ao Rx, considerávamos que se tratava de uma pneumonia atípica. Estas são, mormente, causadas por vírus, cursam sem tratamento específico, sendo que a evolução é satisfatória em pacientes hígidos previamente. Ou, então, são causadas por microrganismos chamados também de atípicos, como *Mycoplasma pneumoniae* e *Chlamydia sp*, sendo que a *Legionella pneumophila* às vezes se comporta tanto quanto forma típica quanto atípica. Apesar desses agentes não causarem aumento da mortalidade, excetuando, talvez a *Legionella pneumophila*, o uso de drogas como os macrolídeos são eficientes na atenuação dos sintomas e melhora do paciente. Trata-se da claritomicina e da azitromicina (FILE *et al.*, 2004).

Aqui no Brasil ou na Europa não tínhamos notícias de insucesso, além da imponderabilidade, restrito apenas ao uso das penicilinas. Apesar de não serem eficientes no tratamento das pneumonias atípicas, o uso das penicilinas sintéticas não importam em maior mortalidade e, na Europa as pneumonias contraídas na comunidade ainda são tratadas com um beta-lactâmico, uma amoxicilina (FILE *et al.*, 2004).

Em 1993 surgiu um artigo da *American Thoracic Society* – ATS, um consenso, nos dizendo que tratávamos as pneumonias às cegas. Este artigo serviu como um guia, um *guideline*, para várias revistas no mundo, tornando-se uma norma para o tratamento das pneumonias nos Estados Unidos da América e influenciava os países pobres como o Brasil. Duas razões bastavam para essa

observação: primeiro não podíamos relacionar um agente microbiológico específico com um quadro clínico de pneumonia. Daí não se justificar, segundo os autores, a distinção clínica entre pneumonias típicas ou atípicas. E, em segundo lugar, havia crescente resistência bacteriana em alguns países detectada em trabalhos científicos, o que inviabilizava o uso das penicilinas, dos beta-lactâmicos. É curioso notar que a identificação de resistência bacteriana para fundamentar o consenso da ATS foi realizada em pesquisas *in vitro*, avaliando-se a resistência de acordo com a concentração inibitória mínima do antibiótico testado (APPELBAUM, 1987). Não foram observados ensaios clínicos duplo-cego, randômicos ou multicêntricos para avaliar a morbidade e mortalidade em pacientes tratados tanto com as penicilinas como por outras drogas.

Pois bem, a partir de então passamos a tratar não a clínica, mas o específico agente microbiano responsável pela armadilha clínica que, até então, tratávamos cegamente. A metodologia empregada no artigo de 1993 da ATS tentava estabelecer uma relação direta da clínica para com um específico agente microbiológico causador da infecção pulmonar na comunidade. Do ponto de vista clínico o que nos interessava saber era se a amoxicilina concorria com uma mortalidade maior ou não, se colocava o paciente em risco ou não. A visão clínica não apontava para esta relação causal direta. O olhar específico se sobressaiu sobre o todo. O mesmo artigo que publicou esse consenso dizia que a mortalidade das pneumonias variavam entre 1 a 5% segundo os trabalhos citados nas referências.

Referências publicadas em nosso meio, acompanharam essa idéia. (PALOMBINI, *et al.*, 1996; ROCHA, *et al.*, 1998). Substituíamos o uso das penicilinas sintéticas (amoxicilina ou ampicilina) e elegíamos os macrolídeos como drogas de escolha, isolados ou em associação com as cefalosporinas, dependendo da condição clínica do paciente.

Nos anos seguintes surgiram novos *guidelines* da ATS com algumas modificações, em especial recomendando-se, então, o uso de novas drogas como as quinolonas, muito mais caras, para o tratamento destas pneumonias

em pacientes jovens e hígidos (BRITISH THORACIC SOCIETY STANDARDS OF CARE COMMITTEE, 2001; NIEDERMAN *et al.*, 2001, NIEDERMAN, 2004).

Já os Europeus recomendam o uso de beta-lactâmicos para o tratamento de pacientes jovens, sem co-morbidades (FILE, *et al.*, 2004). De tal forma que este artigo sugere que um norte americano que chegasse à Europa com um quadro de pneumonia seria tratado com um beta-lactâmico. Caso ainda estivesse nos EUA ele tomaria uma quinolona, e o resultado seria o mesmo.

Este trabalho (FILE, *et al.*, 2004) revela que nos países da Europa onde os macrolídeos foram usados como norma dos serviços públicos a partir dos *guidelines* da ATS, houve enorme resistência bacteriana a estes antibióticos, fazendo com que as autoridades voltassem a indicar o uso dos beta-lactâmicos, em especial as amoxicilinas. Segundo referências levantadas pelo artigo em questão o aumento da prevalência de resistência aos macrolídeos foi de 26,4% na Espanha, de 35,9% na Itália, e de 56,4% na França.

Chamou a atenção um trabalho conduzido na Holanda (VAN der EERDEN, *et al.*, 2005) onde os pesquisadores elaboraram um estudo randômico e prospectivo entre os anos de 1998 e 2000, comparando o resultado do tratamento das pneumonias comunitárias utilizando-se dois grupos. No primeiro utilizou-se o *guideline* da ATS de 1993 (152 pacientes); no segundo, com 151 pacientes, optou-se pelo uso empírico de antibióticos. Houve separação, para a escolha da droga, entre pneumonias típicas e atípicas. Entre os pacientes sem co-morbidades foram usadas as penicilinas. Os resultados revelaram não haver diferenças no resultado do tratamento entre os dois grupos, observando-se resultados semelhantes quanto à mortalidade, falência do tratamento clínico, ou melhora da febre.

Ainda segundo Van der Eerden *et al.* (2005), os protocolos da ATS de 1993 não se basearam numa validação prospectiva, como também não foram usadas comparações com outros regimes terapêuticos. Tratava-se de um consenso baseado apenas na observação de resistência bacteriana *in vitro*. Excetuando a infecção por *Legionella pneumophila*, a inabilidade em detectar

os microrganismos atípicos nos primeiros dias de tratamento não se relacionou com o aumento da mortalidade entre os dois grupos, observação também observada por outros autores (FILE, *et al.*, 1997; ROSÓN *et al.*, 2000). Entretanto, para aumentar a detecção de infecção por *Legionella pneumophila*, Van der Eerden *et al.* (2005) recomendam que sejam feitos, rotineiramente, testes urinários em pacientes graves sob tratamento intensivo com o objetivo de se detectar a presença deste microrganismo, já que há uma maior associação entre este tipo de infecção e necessidade de admissão em CTIs (STOUT e YU, 1997).

Em poucos anos saímos do uso das penicilinas, passamos pelos macrolídeos e, recentemente recomenda-se o uso de quinolonas. De tal forma que chegamos em 2007 com a seguinte recomendação no capítulo de pneumonias de publicação brasileira (MARTINS *et al.*, 2007):

“Antigamente, dividiam-se as PAC em ‘típicas’ e ‘atípicas’ (*M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*, *Legionella*) baseadas em achados clínicos e radiológicos. Entretanto, já se tem evidência de que essa classificação não deve ser feita, pois acarreta uma maior falha na escolha de antibióticos e, conseqüentemente, no sucesso terapêutico. Dessa forma, passa-se a valorizar a etiologia microbiológica do referido processo infeccioso. Entretanto, em até 50% das PAC, não se consegue definir o agente responsável pela pneumonia.”

Após uma reflexão, devemos ler o parágrafo acima novamente. Semanas após a publicação dos *guidelines* iniciais, tomávamos nossas bactérias no Brasil como sendo as mesmas do hemisfério norte. Sabemos que o perfil microbiológico muda de leito para leito dependendo da gravidade e da exposição do doente a terapêuticas invasivas. Os germes de um CTI não são os mesmos de uma enfermaria de gestantes no pré-parto, ou de uma sala de cirurgia em um mesmo hospital. Não há porque crermos que os estudos de microbiológicos realizados há cerca de 11 mil quilômetros de distância guardam o mesmo perfil das bactérias encontradas em nosso meio. A ciência não nos autoriza a esta conclusão. Os próprios *guidelines* são enfáticos em nos dizer que as recomendações devem obedecer critérios locais

Quanto ao abandono da clínica na diferenciação entre formas típicas e atípicas da pneumonia, embora pese sempre toda a dificuldade e incerteza de qualquer clínica, nós a substituímos por um método microbiológico jamais realizado na rotina ambulatorial em qualquer lugar do mundo, exceto em pesquisas cujo espaço foi bem delineado, método este que sabidamente só alcança sucesso na identificação do agente em apenas 50 % dos casos em estudos científicos. Ou seja, abandonamos a clínica, a radiologia, a epidemiologia e também os dados da microbiologia, por apenas um, específico, o microbiológico apenas.

Leiamos novamente o parágrafo descrito acima sobre as pneumonias comunitárias. Não podemos deixar de pensar na ideologia sob a qual ele é escrito. Primeiro inicia com a palavra “*antigamente*”. Para o leitor apressado isso tem a conotação de “ultrapassado”, “antigo”, “fora de moda”. Nos *guidelines* da ATS não há qualquer referência que indique que a classificação entre pneumonias típicas ou atípicas “*acarreta uma maior falha na escolha de antibióticos e, conseqüentemente, no sucesso terapêutico*”. Não foram realizados trabalhos que nos conduzisse a esta opinião. O risco que há é o de confundir-se uma pneumonia típica com uma outra causada por *Legionella pneumophila*, defendem alguns. Mas o risco de uma maior mortalidade não reside na escolha do antibiótico. Talvez ele seja minorado pelo fato do médico dizer: “caso não melhore, me procure”, frase que importa num maior cuidado ao paciente, em um maior tempo de observação, elementos esses que não são valorizados ou disponíveis pela intervenção do tempo, imperativo da norma contemporânea. Nos *guidelines* que se seguiram ao de 1993, a mortalidade não se alterou com a ampliação dos antibióticos (MANDELL, 1995; BRITISH THORACIC SOCIETY STANDARDS OF CARE COMMITTEE, 2001; NIEDERMAN *et al.*, 2001, NIEDERMAN, 2004).

Ou seja, muito dos estudos lidos, como vimos neste capítulo e nos precedentes, podem não ensejar o nível de evidência que a palavra *guideline* sugere suportar.

#### 4.2.5.1 – Experiência e Ciência

O termo “experiência”, nos ensina Abbagnano (1998), tem dois significados fundamentais. Primeiro pode significar a participação pessoal em situações repetíveis, como quando se diz que tal pessoa tem experiência em determinada situação. Pode, também, ser entendido como um recurso capaz de se fazer repetir alguma situação por meio de verificações. Quanto ao exercício da clínica, nos interessa em particular o primeiro significado, a experiência clínica e seu papel na medicina moderna.

Walter Benjamin (1996) escreveu em 1933 um pequeno ensaio intitulado “Experiência e pobreza”. Nele o autor fala do conhecimento que é passado de um para outro e que será repassado infinitamente, por gerações. Quando ele se questiona sobre as pessoas que sabiam contar histórias, e como elas devem ser contadas, lembro-me dos modernos contadores de histórias e dos animadores de festas de crianças – em especial nos grandes centros urbanos –, onde a elas cabe apenas atender à lógica do brinquedo proposta pelo animador, há pouco espaço para a invenção que subverta essa norma. Qual a experiência íntima, individual que essas crianças contarão aos seus filhos? Benjamin se pergunta que palavras são ditas hoje pelos moribundos que possam ser tão duráveis, que possibilite ser transmitidas, como um anel, de geração em geração? Muitos morrem em hospitais, CTIs, entregues à técnica médica, isolados de qualquer comunicação íntima.

Essa ausência de experiência é descrita por Benjamin (1996) como uma nova forma de miséria que surgiu como esse “monstruoso desenvolvimento da técnica” (BENJAMIN, 1996, p. 115), sobrepondo-se ao homem. A enorme avalanche de idéias e suposições que surgiram não é vista pelo autor como uma renovação autêntica, mas uma “galvanização” (BENJAMIN, 1996, p. 115) de idéias estabelecidas por outras vivências que, não sendo transmitidas, não operam como experiências. Ele continua: “Pois qual o valor de todo o nosso patrimônio cultural, se a experiência não mais o vincula a nós?” E continua:

“Sim, é preferível confessar que nossa pobreza de experiência não é mais privada, mas de toda a humanidade. Surge assim uma nova barbárie” (BENJAMIN, 1996, p. 115).

Ao fim do texto Benjamin escreve:

Pobreza de experiência: não se deve imaginar que os homens aspirem a novas experiências. Não, eles aspiram a libertar-se de toda experiência, aspiram a um mundo em que possam ostentar tão pura e tão claramente sua pobreza externa e interna, que algo de decente possa resultar disso. Nem sempre eles são ignorantes ou inexperientes. Muitas vezes, podemos afirmar o oposto: eles ‘devoram’ tudo, a ‘cultura’ e os ‘homens’, e ficam saciados e exaustos (BENJAMIN, 1996, p. 118).

O valor da experiência é sempre um discurso lembrado pelos artigos médicos e pelas universidades. Mas ele pressupõe a opinião final, ainda que balizada em artigos científicos, de um único homem, um médico que a tomará e assumirá o risco desta decisão. Se existe dificuldade em aplicarem-se certos ensaios clínicos à prática clínica, como esse indivíduo poderá decidir sem o auxílio de sua própria experiência? Ou melhor, como será sua decisão sem o sentimento de uma essência de experiência? São comuns em nosso meio as frases como: “isto está escrito em tal artigo recente” ou “isso está no *up-to-date*”, ou em certo *guideline*. Ou ainda, a tomografia “disse” se tratar de tal lesão. Mas e o médico, o que ele tem a dizer? Qual é sua experiência? Ainda que não tenha uma vivência com determinada situação, ele poderia lançar mão dessa experiência em outras situações semelhantes. Mas se elas não estão relatadas em *papers* exatamente como na situação vivida? Como se comportar? A ciência tenta ocupar esse lugar de saber, essas lacunas, sendo portanto, aparentemente tranquilizadora.

Boaventura de Souza Santos (2004) publicou um pequeno livro intitulado *Um discurso sobre as ciências*. Nele é desenvolvido uma reflexão sobre o paradigma dominante da ciência. O autor reconhece que o modelo de racionalidade que sustenta a ciência moderna foi constituído a partir da revolução científica do século XVI, sendo desenvolvido nos séculos seguintes sob a predominância das ciências chamadas naturais. Na forma como chegou

aos nossos dias, mostrou-se ser um modelo global e, segundo Boaventura Santos, a nova racionalidade científica transformou-se, também, num modelo totalitário, “na medida em que nega o caráter racional a todas as formas de conhecimento que não se pautam pelos seus princípios epistemológicos e pelas suas regras metodológicas” (SANTOS, 2004, p. 21). Nesse sentido o paradigma dominante nos diz que o que não é quantificável “é cientificamente irrelevante” (SANTOS, 2004, p. 28). Torna-se totalitário também, no sentido de não considerar como ciência ou verdade aquilo que não é ou não foi medido, quantificado. A partir desta compreensão Boaventura Santos vai mais além quando diz que “o método científico assenta na redução da complexidade” (SANTOS, 2004, p. 21). O discurso médico, como sublinhou Clavreul (1983) atende perfeitamente a este paradigma dominante.

Dai, a observação como o pilar da medicina – como nos ensinou Willian Osler (BELKIN, 1992) – tende ao desuso por vários motivos. A modernidade impõe uma resposta rápida aos desafios, o atendimento rápido à demanda sempre crescente, o pouco tempo para cada indivíduo, a desvalorização de uma experiência pessoal para que se possa discernir entre a experiência de um outro, escrita num trabalho científico, e a situação clínica que se apresenta com suas idiossincrasias, particularidades.

É com essa preocupação que Anthony N. DeMaria (2008) publica editorial no *Journal of the American College of Cardiology*, intitulado *Clinical Trials and Clinical Judgment*, no qual o autor sustenta que a origem da sua orientação médica encontra-se, também, nas publicações científicas e em seus resultados. Porém, ele chama a atenção para a dificuldade em aplicar esses estudos em um caso único, chegando a comentar que, dado ao sentimento de realidade que estes ensaios clínicos sugerem aos estagiários em medicina, eles às vezes se vêem paralisados quando se deparam com a ausência de dados para corroborar seu raciocínio clínico. O autor pondera sobre o fato de “a proliferação dos ensaios clínicos ter levantado perguntas a respeito do papel do julgamento clínico na medicina contemporânea e como melhor incorporar os resultados das experimentações na prática clínica”.

Vários são os vieses possíveis na interpretação dos resultados destes trabalhos. Dentre eles a exclusão de pacientes cujas características médicas são comuns na clínica, mas que não cabem nos estudos publicados havendo, portanto, dúvidas entre o que acontece na pesquisa e a respectiva aplicação prática.

Por exemplo, o estudo SOLVD, (sigla do inglês de *Studies of Left Ventricular Dysfunction*) (The SOLVD investigators, 1992), demonstrou o benefício da associação entre um inibidor da enzima de conversão da angiotensina e o enalapril, para o tratamento da insuficiência cardíaca. Porém, foram excluídos da amostra os pacientes com Fração de Ejeção maior que 35%, idade maior que 79 anos e creatinina maior que 2 mg/dl. Ora, pacientes com essas características são facilmente encontrados na clínica. Além do mais, cerca de 80% dos pacientes eram do sexo masculino. Sabemos da influência das diferenças de gênero tanto quanto à apresentação clínica quanto aos resultados terapêuticos.

Outro estudo, o COURAGE (*Clinical Outcomes Utilizing Revascularization and Aggressive Drug Evaluation*) envolveu 36.000 pacientes (BODEN, *et. al.*, 2007). Após critérios de exclusão e inclusão, 3.071 pacientes estavam aptos a participar e 2.287 pacientes, ou seja, apenas 6,3% do número inicial, foram finalmente incluídos no estudo. O autor destaca que são óbvias as implicações e limitações desse método de escolha no resultado e na confusão que poderia vir da sua aplicação na clínica diária.

Vários outros trabalhos são também citados. Mas alguns nos interessam citar em especial quando se referem sobre a importância do julgamento clínico.

Como evidência que valida este conceito, foi publicado no *Journal of the American College of Cardiology* um estudo em que dois cardiologistas do Incor (Instituto do Coração), São Paulo, indicavam o tratamento de preferência antes dos pacientes serem encaminhados para o trabalho científico, o qual chamamos de duplo cego, recebendo em nosso meio o nome randômico (PEREIRA *et al.* 2006). Nesse trabalho seriam estudados pacientes que melhor

se beneficiariam de uma cirurgia de revascularização do miocárdio, mais agressiva, ou de uma revascularização percutânea, menos invasiva. Como resultado, pacientes que foram encaminhados para tratamentos em concordância com os cardiologistas tiveram menor taxa de complicações do que aqueles que foram submetidos ao tratamento sem concordância com a opinião dos cardiologistas.

Esses resultados foram consistentes com outros estudos como o EAST (*Emory Angioplasty Revascularization Investigation* (KING *et al.*, 1994) e o BARI (*Bypass Angioplasty Revascularization Investigation*, 1996). Esses dados, segundo DeMaria (2008), enfatizam o valor do julgamento clínico para uma melhor abordagem ao paciente. Vários estudos têm demonstrado o valor da medicina baseada em evidências tanto na clínica (EAGLE, *et al.*, 2005; Shuval *et al.*, 2005) quanto nas estratégias de promoção do raciocínio clínico na educação médica (BOWEN, 2006). Não há como negar a influência desse processo na tomada de decisão médica. No entanto, como salienta DeMaria, estes instrumentos são úteis para iniciar o raciocínio clínico, e não como o seu ponto final.

Várias dúvidas sobre essa forma de ler e interpretar esses estudos nos são colocadas no dia-a-dia. Entretanto quando as dúvidas são ignoradas e a leitura é tomada ao pé da letra, ou então, são entendidas como verdade inquestionável, podemos pensar que as interpretações podem ser mais temerosas. Na prática clínica temos a impressão que o rigor, a disciplina, a norma, apontam sempre para uma solução satisfatória.

Como exemplo, sabemos que é clássico entre os médicos que o controle rigoroso da glicemia e o acompanhamento da estabilidade desta glicemia ao longo de meses pode ser aferida pela titulação da glicohemoglobina. Estudos sustentam que pacientes diabéticos sem dependência de insulina – ou diabéticos tipo 2 –, quando em sustentada hiperglicemia, têm maior risco de problemas de saúde, incluindo doença cardiovascular, morte prematura, cegueira, depressão, e declínio da cognição (GOLFF, *et al.*, 2007). Estes

efeitos são inquestionáveis. De tal forma que temos documentado em trabalhos científicos que, após o devido ajuste para outros fatores de risco, um aumento sérico em cerca de 1% da glicohemoglobina está associado com um aumento do risco em 18%, de 12 a 14% do risco de morte (STRATTON, 2000; GERSTEIN, 2005) e aumento de 37% do risco de retinopatia ou insuficiência renal (STRATTON, 2000).

Entretanto, recentemente foi pesquisado justamente o efeito de uma terapia intensiva no controle do diabetes tipo 2, objetivando obter níveis baixos de glicohemoglobina (abaixo de 6,0%). Os resultados foram comparados com uma terapia chamada de convencional que permite nível de glicohemoglobina entre 7,0 e 7,9% (THE ACTION TO CONTROL CARDIOVASCULAR RISK IN DIABETES STUDY GROUP, 2008). Foram incluídos no estudo 10.251 pacientes divididos em dois grupos; o primeiro com 5128 indivíduos, recebendo tratamento intensivo tanto do diabetes quanto de outras co-morbidades, e o segundo de 5.123 indivíduos recebendo a terapia habitual. Quanto a idade, sexo, cor, uso de cigarros, peso e pressão arterial, a distribuição foi equilibrada entre os dois grupos. O trabalho, previsto para um tempo mais prolongado de observação, foi suspenso precocemente devido a alta mortalidade observado no grupo sujeito a terapia intensiva, quando comparado com o segundo grupo. Várias são as hipóteses deste resultado, incluindo o uso maior de medicação no primeiro grupo. Entretanto, vê-se que já há um limite para o que chamamos de normalidade, cujo objetivo poderá ser mais desastroso.

O clínico deverá fazer um julgamento de acordo com dados que, aparentemente, são conflitantes.

Em correspondência, John Townend (2007), um clínico do Queen Elizabeth Hospital, relata sua aflição pela profusão de *guidelines* de múltiplas origens que povoam sua mesa de trabalho, mostrando, segundo o autor, “a profusão das diretrizes de múltiplas fontes, ilustram bem a atual obsessão para com os *guidelines*, em particular dos múltiplas arranjos burocráticas, a despeito da

liberação dos serviços. A menos que algo for feito para limitar esta fixação, nós precisaremos um jogo de *guidelines* para gerenciar os *guidelines*”.

Sobre esse aspecto, é de relevância examinarmos uma recente publicação (TRICOCI *et al.*, 2009). Antes, porém, como remarcam os autores, é bom lembrarmos que os *guidelines* são realizados com base numa combinação entre os níveis de evidência e classe de recomendação. A classificação em níveis de evidência combinam uma descrição objetiva da existência e dos tipos de estudos que suportam a recomendação e consenso técnico de acordo com uma das seguintes categorias:

Nível de evidência A: recomendação baseada sobre a evidência de múltiplos estudos controlados ou de metanálises;

Nível de evidência B: recomendação baseada na evidência de um único estudo controlado ou não controlado;

Nível de evidência C: recomendação baseada numa opinião técnica, estudo de caso, ou padrão de cuidado.

Já as classes de recomendação indicam a estratégia da recomendação e requerem não apenas um julgamento sobre a relatividade destas estratégias ou fragilidade dos estudos, mas também um julgamento de valor sobre a importância relativa dos riscos e benefícios implicados, no sentido de se fazer uma síntese dos dados conflitantes entre vários estudos. As definições de classes de recomendação são as seguintes:

Classe I: condições para as quais há evidência e/ou concordância geral que um dado procedimento ou tratamento é útil e eficaz;

Classe II: condições para as quais há conflitantes evidências e/ou divergências de opinião sobre a utilidade e eficiência de um procedimento ou tratamento;

Classe IIa: peso da evidência ou opinião em favor da utilidade e eficiência;

Classe IIb: utilidade e evidência é bem menos estabelecida pela evidência/opinião;

Classe III: condições para as quais há evidência ou concordância geral que o procedimento ou tratamento não é útil ou efetivo e, em algumas situações, pode ser prejudicial.

Assim, como observam Tricoci *et al.* (2009), um nível de evidência C e classe II indica, respectivamente, que faltam recomendações suportadas pelas evidências e que está sujeito a incertezas sobre a apropriada decisão médica.

Pois bem, o artigo faz uma análise, ou uma metanálise dos *guidelines* publicados pela *American College of Cardiology* (ACC) e a *American Heart Association* (AHA) entre 1984 e 2008. Foram estudados 55 *guidelines* sobre 22 tópicos, incluindo um total de 7.196 recomendações (TRICOCI *et al.*, 2009).

Os resultados nos fazem pensar. Considerando os 16 *guidelines* relatando níveis de evidência, apenas 314 recomendações do total de 2711 são classificadas como nível de evidência A (11%) e 1246 foram classificadas em nível C (48%). Embora o estudo anuncie que os níveis de evidência variam de forma significativa entre categorias de *guidelines* (doença, intervenção ou diagnóstico), observou-se que apenas 245 das 1305 recomendações de classe I tinham um nível de evidência A (média de 19%).

Os autores concluem que as recomendações realizadas pela ACC/AHA para *guidelines* atualizados, são “largamente desenvolvidos com baixos níveis tanto de evidência quanto de uma opinião técnica” (TRICOCI *et al.*, 2009. p. 833).

Ou seja, como exemplifica este trabalho, muito dos estudos, lidos apressadamente ou não, podem não conter o nível de evidência que pretendem suportar.

Até aqui, tentamos uma observação sobre os fatores modernos que influenciam o pensamento contemporâneo, sendo nosso objeto de estudo o médico. Como observou Benjamin (1996) uma das características dessa modernidade seria a perda da experiência como referencial, algo que pudesse ser transmitido de pessoa a pessoa. Mas o tempo moderno nos imprime uma angústia – ou culpa, segundo Freud (1974) – na qual o tempo exíguo, a necessidade de segurança e a reafirmação do sujeito como referencial em si mesmo, criam um ambiente favorável a posicionamentos individuais segundo uma lógica econômica, uma moral econômica como vimos até aqui. Dessa forma, algumas observações merecerão uma leitura também mais crítica sobre as conclusões apresentadas.

Por exemplo, Kennedy *et al.* (2009), empreenderam trabalho tentando desenvolver um suporte conceitual sobre quais os fatores que influenciam as decisões dos médicos estagiários a respeito dos pedidos de uma supervisão clínica. Foram feitos questionários em duas fases: uma no local da observação (enfermarias clínicas e urgência) e numa segunda fase composta por entrevistas mais aprofundadas e gravadas em vídeo. No total foram observadas 124 pessoas no Canadá, entre 31 clínicos atendentes, 57 residentes júnior e sênior, 28 estudantes de medicina e 8 enfermeiras. Observaram que os estagiários empreendem uma série de estratégias de retórica para preservar sua credibilidade diante da supervisão médica. Entretanto, observa-se que a procura de um membro mais experiente para a tomada de decisão é o motivo pelo qual procura-se uma estratégia de retórica para a preservação da credibilidade. Há, portanto, como vemos na clínica, a procura de uma experiência para dar suporte às decisões médicas.

Esse trabalho, em parte, foi motivado por um desastroso exemplo de quebra do processo de pedidos de supervisão, podemos dizer da procura de uma pessoa com experiência para a tomada de decisão. Com grande repercussão na mídia norte americana (POPE, 2001) uma criança de 5 anos faleceu no Boston Children's Hospital após prolongado período de convulsões sem receber os cuidados e o tratamento indicados nesta situação. Dois residentes chegaram ao atendimento logo após o início das convulsões, porém o clínico sênior não foi chamado para opinar sobre o paciente, resultando numa demora na tomada de decisão. Havia a necessidade dos estagiários se referenciar numa experiência. Porém quando ela não está ao alcance, independente dos motivos, corre-se o risco de uma paralisação do processo decisório.

Podemos enxergar neste trabalho de Kennedy (2009) uma certa obviedade quando já se sabe sobre a importância de uma referência experiente para uma tomada de decisão. Mas a preocupação do autor são os métodos recursais dos estagiários para não deixar transparecer um descrédito. Chama a atenção a paralisação quando da sua ausência. Uma outra leitura seria a inércia diante da ausência desta referência.

Podemos ver aí mais um dos elementos que nos fazem pensar nas implicações das formas híbridas, segundo Latour (2004), na qual a medicina convive com estruturas hiper-modernas, contrastando com necessidades que podemos chamar de tradicionais, como, por exemplo, o imperativo da experiência numa alta modernidade que repele esse mesmo imperativo.

Já Anthony Giddens tem uma outra visão que, ao meu ver, não exclui as anteriores, mas é complementar. Em seu livro “Modernidade e identidade” (2002) o autor se atém a formação e implicações do sujeito nesta modernidade<sup>24</sup>, que ele chama de alta modernidade, ou modernidade tardia.

Quando Giddens (2002, p. 15) fala da expressão “segregação da experiência” como uma característica da alta modernidade, isso significa que o contato direto com situações que liga a individualidade a situações e questões da “moralidade e finitude” são raras e fugazes. De tal forma que as conexões entre a vida individual e o intercâmbio das gerações foram rompidas. Desfaz-se, assim, certos laços que consubstanciam a experiência. A vida neste contexto passa cada vez mais ao largo das relações externas estabelecidas por laços entre pessoas próximas. Um fato que podemos constatar, relatado por Giddens é que grupos sucessivos de pessoas, de famílias raramente, no mundo atual, vivem anos seguidos no mesmo prédio, numa mesma casa. Este fato era comum em áreas rurais. No mundo da alta modernidade, com a crescente urbanização esse fato tem se tornado uma exceção. Por conseguinte, “sem as referências externas fornecidas pelos outros, a vida mais uma vez surge como uma trajetória relacionada acima de tudo aos projetos e planos do indivíduo.

O autor contesta a opinião Freud, na qual, segundo Giddens, a limitação desta experiência se daria por conta da crescente repressão psicológica, da culpa que provém da civilização que molda a vida moderna. Penso que ele se refere às idéias de Freud sobre a modernidade, na qual tiveram os homens de trocar uma parte da sua liberdade pelo sentimento de segurança. A liberdade pode ser entendida aqui como a experiência, adquirida a partir da individualidade. Mas Giddens pensa que esta “repressão” seria mais institucional na alta

---

<sup>24</sup> Confira capítulos 4.1 e 4.10

modernidade, daí provocando mais sentimentos de vergonha, do que propriamente de culpa. Entretanto, logo a frente, quando Giddens comenta sobre a “falta de sentido pessoal” (GIDDENS, 2002, p. 16) da alta modernidade, um sentimento de que a vida nada tem a oferecer, suas impressões sobre a experiência se aproximam com aquelas de Freud expressas em O mal-estar na civilização; na medida em que o sociólogo também concorda que este fenômeno torna-se uma questão psíquica fundamental da contemporaneidade, uma vez que a vida moderna nos condena a uma repressão moral que, por sua vez, é entendida por Freud como a elaboração de métodos coercitivos que lançamos mão para convivermos na civilização, ou mesmo, para tentar suportá-la.

É também neste sentido que Giddens concorda que o termo “civilização” no contexto de Freud, se dá num sentido muito mais amplo do que uma simples referência à modernidade.

A interpretação de Giddens da modernidade se dá em estruturas fundamentais; separação de tempo e espaço, os mecanismos de desencaixe e a reflexividade institucional.

Quanto a *separação de tempo e espaço*, o autor argumenta que nos períodos pré-modernos o tempo dos homens estava circunscrito ao espaço em que viviam. Embora pudéssemos pensar que aquele restrito espaço fosse “todo o mundo” para aqueles homens, havia uma ligação entre o tempo e o espaço a eles restrito. De tal forma que estes mecanismos mantinham uma relação estreita. Já na alta modernidade ocorre a separação de tempo e espaço contribuindo para uma “*dimensão vazia*” do tempo, na medida em que esse tempo do indivíduo não se restringe ao local, ou ao território de sua existência. Características da vida cotidiana se tornaram universalizadas, um todo influi ainda mais no sujeito. Sobre esse tema o autor completa:

“O fenômeno universaliza aquele uso da ‘história para fazer história’ tão intrínseco aos processos que afastam a vida social moderna das amarras da tradição. Tal historicidade se torna global na sua forma com a criação de um ‘passado’ padronizado e de um ‘futuro’ universalmente aplicável” (GIDDENS, 2002, p. 23).

Os *mecanismos de desencaixe* das instituições sociais, constituídos fichas simbólicas (o dinheiro, por exemplo) e sistemas especializados, são mecanismos que separam a interação das particularidades do lugar.

Já a *reflexividade institucional* se refere ao uso regularizado, ou podemos dizer, normatizado, do conhecimento sobre a vida social e suas circunstâncias, ao mesmo tempo constituindo uma organização e também uma transformação.

Para entender o conceito de modernidade de Giddens no ponto que queremos ressaltar – a experiência –, esses três conceitos são fundamentais. O conjunto destes sistemas implicam, dentre outros fatores igualmente complexos, em especial no campo da psicanálise, em uma lenta construção de uma auto-identidade, uma referência do sujeito em si mesmo, no *eu* como diz Giddens. Isso se dá de forma que nos faz compreender uma característica moderna como uma estrutura “internamente referida”, ou seja, que reflete internamente sobre si mesma.

Os mecanismos da ciência, da tecnologia e da especialização, nomeadores da modernidade, desempenham assim um papel fundamental, que Giddens chama de “segregação da experiência”. Desta forma eles operam como mecanismos de separação das interações particulares do lugar, pressupõem uma reflexividade institucional, criando mecanismos de esvaziamento da experiência no indivíduo.

O médico com seu discurso inteiramente adaptado e também nomeador da modernidade – o discurso é científico, é técnico e traz o futuro para o presente –, podemos dizer, é um dos mais cristalinos espelhos desta modernidade.

Embora sejam formas de pensar diferentes, não podemos deixar de fazer relações deste sujeito hiper-moderno, referido em si mesmo, com a categoria do *Homo oeconomicus* de Foucault, ou da tese do capital humano de Gary Backer, citados por Gori e Del Volgo (2008) como o “ator econômico que produz sua própria satisfação procurando otimizar de maneira racional o seu próprio capital”.

#### 4.2.5.2 – A exigência de justificação.

Bernard Grenier (2004) introduz a discussão sobre um novo paradigma quanto às decisões médicas, ou pelo menos, uma consequência desse longo processo de normalização do pensamento numa sociedade estruturada em valores utilitários. Trata-se de exigência de justificação das decisões médicas, principalmente em relação às economias de mercado. Estabelece-se assim, uma relação de contrato para com os pacientes e a sociedade. Por conseguinte, o conceito da relação dual entre o paciente e seu médico tende a uma modificação pela introdução, nesta relação, de um novo personagem constituído pelos sistemas encarregados de assegurar o financiamento dos cuidados médicos. Assim, o paciente se coloca em outro patamar, no papel de um “consumidor de saúde”, participando da relação com o médico através da exigência de informações precisas, apoiadas em justificações científicas tanto quanto a propedêutica proposta quanto às formas de tratamento indicadas.

Essa exigência é louvável, mas não se dá com benefícios sempre positivos. Já salientamos que o raciocínio médico não se dá apenas pelas informações técnicas, havendo a necessidade de conjugar essas informações com impressões subjetivas, culturais, aliadas a experiência individual do médico. A procura de uma resposta do paciente estritamente técnica – hoje de fácil acesso pelos meios eletrônicos, como a internet – tende a uma compreensão parcial e incompleta sobre uma dada situação colocada fora de um contexto. É de se supor que o processo de “obsessão por uma saúde perfeita”, criticada por Ivan Illich (1999) sob a ótica médica, tenha também influenciado o sujeito moderno, desejoso de um corpo ideal, de um peso “normal”, de uma performance próxima a uma ilusória perfeição.

Embora o Código de Ética Médica brasileiro (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1996) no seu artigo 5º coloque como um princípio fundamental – a semelhança dos códigos de deontologia de outros países – que “o médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente”, este processo tem uma pretensão de certa

forma “quimérica” como salienta Grenier (2004. p. 309), haja visto o volume de informações técnicas e científicas dispostas para a comunidade médica na ordem de mais de 20.000 publicações mensais.

Esta premência de justificação, segundo Grenier (2004, p. 310), tende à racionalização das decisões médicas. Porém, ele se pergunta: “Mas em nome de quem? Sob quais critérios?”

Sendo a exigência de justificação um dos efeitos de uma sociedade de contrato, todas as decisões médicas deverão ser justificadas. Grenier (2004, p. 310) conclui suas observações dizendo

“que a necessidade de justificação será, ao que parece, o ponto central da prática médica do futuro... Uma tal demanda não testemunha necessariamente para uma desconfiança particular sobre a profissão médica: ela é o testemunho de uma maturidade da consciência democrática no seio de nossa sociedade”. Entretanto, logo adiante o autor se pergunta novamente: “O que deverá nos justificar? Diante de quem? Em nome do quê?” GRENIER, 2004, p. 310).

Soma-se à necessidade de justificação do ponto de vista científico a necessidade, também, de regulação econômica, e a justificação jurídica. O crescente aumento das denúncias e ações judiciais em relação ao erro médico (GOMES e FRANÇA, 1998; SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA, 2008), são fatores que contribuem, ou indiretamente autorizam, o que se convencionou chamar de *medicina defensiva* (HARRISON, 2006), processo que aumenta a exigência de justificação em função das apreensões do médico frente ao insucesso e a repercussão desse fato na sua vida profissional<sup>25</sup>.

A título de exemplo das repercussões das reações dos médicos a esse processo defensivo, o relato em que uma “simples dor de estômago” é capaz de gerar custos de milhares de dólares aos serviços de saúde foi motivo de repercussão na mídia norte americana (CHAWLA e GUNDERMAN, 2008). Uma paciente foi examinada por um estudante no serviço de urgência do hospital da Universidade de Richmond com dor abdominal, foi realizado uma tomografia computadorizada que revelou apenas um cisto ovariano sem

---

<sup>25</sup> Confira capítulo 4.6 – “A insatisfação para com o exercício da medicina”

significação clínica. O pai da paciente recebe uma conta de oito mil e quinhentos dólares. Um clínico foi consultado e ponderou que aquele quadro poderia ser mais facilmente resolvido com um bom exame clínico. Este seria apenas um caso se os autores não relatassem que cerca de 5 a 9% dos testes diagnósticos nos Estados Unidos são “conscientemente defensivos”, um custo estimado em cerca de 2 trilhões de dólares anuais.

Os números em si podem ser contestados, entretanto é de notável interesse o trabalho publicado pro Studdert *et al.* (2006) revelando que, apesar do pequeno número de entrevistados (824), cerca de 93% deles reportaram a utilização da medicina defensiva nos 3 anos anteriores a entrevista, sendo que 43% assumiam que usavam tecnologia de imagem em circunstâncias “*cl clinicamente desnecessárias*”. Os autores revelaram também – em cerca de 52% das respostas –, a atitude de se esquivar da realização de procedimentos médicos quando havia a possibilidade de litígio, incluindo a eliminação de procedimentos passíveis de complicações. Concluindo, este trabalho revelou que a prática defensiva se correlacionou fortemente com a falta de confiança para com o seguro médico, além de promover fortes implicações para o custo, o acesso, e para qualidade no cuidado ao paciente.

Do ponto de vista individual, é compreensível que os médicos procurem formas de proteção, de segurança, que às vezes lhes passam despercebido. Porém é incontestável que, apesar de reconhecer esses mecanismos pretensamente protetores, os médicos acabam por se deixar levar pelas formas de normalização sem criticá-las, ou pelo menos, trazer parte destas críticas para o cotidiano profissional.

Vejamos, por exemplo, atitudes apoiadas pelos médicos na vida cotidiana. Como reação ao aumento dos custos com propedêutica, os exemplos acima sugerem que, apesar de saber identificar-se a origem destes custos, como os exames desnecessários, a prática, a necessidade de justificação, o medo de um processo judicial, acaba por deixar esses profissionais sujeitos às normas que eles mesmos criticam.

A principal operadora de planos de saúde da cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, é uma cooperativa médica. Ela é responsável, isoladamente, por 39% do mercado desta região, o que corresponde a 745 mil pessoas. Como uma cooperativa, a rigor, as decisões tomadas têm sua origem nos próprios médicos, nos cooperados.

Uma das formas encontradas pelos cooperados para diminuir custos foi a introdução da “consulta bonificada” (MALTA *et al.*, 2005), mecanismo no qual quando a média de exames complementares solicitados pelo médico for maior do que a média pedida pela sua especialidade, ele receberá um valor menor do que quando sua média de pedidos de exames for menor que a média solicitada pela sua especialidade. Esta última recebe o nome de “bonificada”. Não há estudos sobre as conseqüências desse mecanismo. Temos acesso apenas a apresentações colhidas na internet, como na Unimed de São José dos Campos, no qual houve melhora no valor dos honorários e redução dos exames. Relatos da Agencia Nacional de Saúde dão conta do aprimoramento do processo, retirando das médias os exames periódicos onde são esperados exames ditos normais (MALTA *et al.*, 2005).

Entretanto, podemos verificar que a tese de uma normalização econômica, sobre a razão médica, ou raciocínio clínico, encontra aplicações na vida prática dos médicos ligados a estas cooperativas.

Do ponto de vista econômico sabe-se que as necessidades de saúde são uma criação permanente da história, das estruturas sociais, havendo um hiperdimensionamento da medicalização, o que Del Volgo chama de “medicalização da existência”, expressão que nos será útil nas discussões logo a frente.

John Ioannidis (2005b) publica trabalho sob o instigador título de *Why most published research findings are false*. Seu estudo começa observando que muitas pesquisas são refutadas com freqüência em estudos subseqüentes. Isso poderia ser explicado pela contestação científica sob o olhar de novas teorias. Entretanto há um aumento da percepção em que, nas pesquisas modernas, falsos achados podem ser a maioria, “se não a vasta maioria” das pesquisas publicadas (COLHOUN *et al.*, 2003; IOANNIDIS, 2003, 2005b). Entre

os fatores apontados para esta preocupação está a alta incidência de estudos que não são reproduzidos, faltando-lhes confirmações.

Ainda segundo Ioannidis (2005b), muitos destes trabalhos fundam suas conclusões apenas com base em um único estudo assegurado por significâncias estatísticas formais, tipicamente por um valor de  $p$  menor que 0,05<sup>26</sup>. Embora pesquisas não possam ser representadas ou sumarizadas pelo valor de  $p$ , é de domínio comum que a interpretação de resultados estatísticos em trabalhos científicos devam estar baseadas apenas nestes valores de  $p$ . Apesar de haver sempre a possibilidade de um viés estatístico, trabalhos com pequenas amostras, pequenos efeitos produzidos no campo científico, grande número de participantes com uma seleção menor dos critérios, grande flexibilidade na elaboração dos desenhos e definições do estudos, ou ainda, grandes financiamentos ou conflitos interesses, congregam maiores chances dos resultados obtidos não serem verdadeiros.

Soma-se a essas possibilidades de confusão e de critérios, o fato de vários grupos de pesquisa estarem envolvidos num mesmo trabalho – fato comum no mundo globalizado. Embora esse procedimento pareça recomendável e nos dê a impressão uma observação mais ampla, tomada em campos de estudo diferentes, o autor argumenta que o valor preditivo positivo (VPP)<sup>27</sup> tomado em locais isolados diminui quando vários grupos de investigadores estão envolvidos. Isso poderia explicar como “grandes expectativas são seguidas de maiores decepções”. Quanto muitas equipes estão trabalhando num mesmo campo e dispendo de grande quantidade de dados, não se pode negar a possibilidade de competição. Desta forma, cada grupo pode priorizar certos dados que lhe pareçam mais relevantes, ou “positivos”, disseminando essas informações aos outros grupos. Da mesma forma, dados tidos como “negativos” podem tornar-se atrativos para esta disseminação apenas se uma outra equipe encontrou uma associação “positiva” para uma mesma questão. Neste caso, pode ser atrativo, do ponto de vista de uma publicação que

---

<sup>26</sup> Indica o grau de certeza no qual um achado de fato corresponde à realidade. Dizer-se que encontrou-se um  $p < 0,05$  na comparação entre determinadas situações, significa, “grosseiramente”, que se espera menos que 5% de chance de que tal achado se deve ao acaso. (Filho, e Rouquayrol, 1992)

<sup>27</sup> Chance de uma observação positiva ser verdadeiramente positiva.

pretenda uma relevância, refutar uma alegação feita em algum jornal de prestígio (IOANNIDIS, 2005b).

O termo Fenômeno de Proteus foi criado para descrever a rápida alternância entre achados em pesquisa e de refutações extremamente opostas (IOANNIDIS e TRIKALINOS, 2005).

Não podemos nos esquecer que estes fatores descritos acima não ocorrem separadamente. Além do mais, podemos crer que resultados quantificados como “negativos” são menosprezados, ao passo que na clínica a ausência de certo dado ou sinal nos é de grande relevância.

Mas qual o motivo que nos levou a tomar decisões tidas como científicas se em um rápido olhar elas, necessariamente, não o são?

Parece que outros fatores que não os econômicos, jogam profundo papel neste ato, o que alguns chamam de ato médico. Marcia Angell (2008) concorda que a prescrição de drogas mais modernas e mais caras dão a ilusão aos médicos e pacientes de que o tratamento será mais eficiente. Se há alguma interferência cultural nesse processo, não podemos dizer apenas que este é um fenômeno recente. Mas recente é o predomínio desta forma de pensar.

Sobre o recebimento de vantagens econômicas pelos médicos, várias revistas tem se ocupado desta questão, em especial analisando ou denunciando a pressão exercida pela indústria farmacêutica sobre a decisão médica. Mas Illich em 1975 já havia feito isso. Seu livro teve um tremendo impacto na crítica aos médicos, mas não contribuiu para que esta percepção freasse o ímpeto comercial destas indústrias ou engajassem o médico numa maior atenção quanto ao perigo destas relações. Estas formas de remuneração indireta ocorrem de várias maneiras, desde altas doações particulares, ou para fundações ou revistas, como também como pagamento por palestras, viagens, conferências e inocentes jantares promocionais que encantam não apenas estudantes, mas graduados profissionais da pesquisa médica.

Angell (2008, p. 1070) relata que outras pressões além do benéfico econômico, são possíveis, “incluindo o desejo profissional de reconhecimento e a

necessidade de contar a facilidade de fundos para pesquisa, intrínsecos no processo de pesquisa”. A partir daí, vários exemplos são descritos na literatura, incluindo recentes observações. Em um trabalho envolvendo 74 ensaios clínicos para estudo da eficácia de antidepressivos, concluiu-se que 37 de 38 estudos tendo como resultados positivos para a indústria farmacêutica foram publicados. Mas dos 36 estudos com resultados negativos, 33 não foram publicados (TURNER et. al. 2008). No ano de 2004 Kondro e Sibbald publicaram no *Canadian Medical Association Journal* documentos de indústria farmacêutica que explicitamente diziam que deveriam ser suprimidos os resultados negativos de um estudo porque “é comercialmente inaceitável incluir os dados em que a eficácia não foi demonstrada, porque isso minaria o perfil da paroxetina”. Marcia Angell (2008), assim, constata:

*Olhando este retrato completamente, seria ingênuo a conclusão parcial na qual estes são apenas alguns exemplos isolados. Isto permeia o sistema inteiro. Os médicos relatam que não mais confiam na literatura médica como informação válida e de confiança. Esta é a conclusão que eu relutantemente alcancei para o fim de minhas duas décadas como editora do 'New England Journal of Medicine', e foi reforçado nos anos subsequentes. Os clínicos já não sabem mais quais os medicamentos prescritos são realmente seguros e eficazes, mas estes produtos são provavelmente tão bons quanto aqueles indicados pela literatura publicada (ANGELL, 2008, p. 1070).*

Porém, as conclusões e propostas que se seguiram até recentemente apontam para uma necessidade de regulação dos trabalhos publicados, havendo, inclusive, sugestões de leis que regulamentem a publicação dos possíveis conflitos de interesse entre autores e empresas. Robert Steinbrook, (2009), faz um comentário sobre a proposta da *Cleveland Clinic* de tornar público, a partir de dezembro de 2008, em rede *on-line*, a relação dos trabalhos, pesquisadores e suas famílias que podem ter algum tipo de relação que pudesse gerar um conflito de interesses. Não há dúvidas do grande empenho de algumas revistas em diminuir o efeito destas empresas sobre as suas publicações. Entretanto pergunta-se sobre o efeito deste processo que, certamente é bem vindo, e qual o seu alcance.

O que se pergunta em nossa tese é sobre a relevância dos princípios da medicina moderna sobre a atividade do médico. Lembremos que estes princípios<sup>28</sup> foram divulgados para todo o mundo médico. Se procurarmos uma origem destes postulados, poderemos encontrá-la na própria história da medicina. Mas a contradição ainda persiste. Pelos relatos médicos feitos para a pesquisa do *Massachusetts Medical Society* (2003), e por uma impressão íntima olhando meus colegas, não me parece que as vantagens econômicas sejam mesmo a razão crucial para a aceitação da influência de grupos econômicos sobre a profissão médica. A questão é saber as condições em que essa aceitação é entendida como norma e, em que medida ela nos traz satisfações para muito além daquelas mundanas. Nesse sentido, as razões não estariam propriamente no sujeito individualmente, mas poderiam ser encontradas nas normas sociais que o impelem, coletivamente, a desejá-las.

#### 4.2.5.3 – A paixão “inocente” pela ordem – classificar para medicar

*A triste verdade a cerca do behaviorismo e a validade das suas 'leis', é que quando mais pessoas existem, maior é a possibilidade de que se comportem e menor a possibilidade de que tolerem o não-comportamento. Estatisticamente, isso resulta num declínio da flutuação. [...] A uniformidade estatística não é de modo algum um ideal científico inócuo, e sim o ideal político, já agora não mais secreto, de uma sociedade que, inteiramente submersa na rotina do cotidiano, aceita pacificamente a concepção científica inerente à sua própria existência.*

Hannah Arendt (2007, p. 53)

Tenho que reconhecer que para um clínico, como o autor deste trabalho, o exame das críticas que perpassam nosso cotidiano, não é de todo palatável. O entendimento da clínica seria incompreensível, para nós, sem o auxílio da estatística e da probabilística na qual ela, também, repousa. Entretanto, o que este trabalho se propõe não é a refutação de um método sobre outro, mas

---

<sup>28</sup> Conf. Capítulo 4.3 – os princípios da medicina moderna

procurar entender as influências que certos mecanismos exercem sobre o cotidiano médico.

Gori & Del Volgo (2005) se ocupam longamente sobre o que eles chamam de “a paixão pela ordem”, mecanismo que nos é imprescindível para compreender o predomínio do pensamento econômico na era pós-moderna.

O texto de Hannah Arendt citada acima não pode escapar a uma reflexão. Afinal, todo o raciocínio médico, seja pela justificação, pelo alcance do diagnóstico ou pela opção terapêutica, é fundado, hoje, nos dados científicos. Mas há sentido mesmo em dizer que a uniformidade estatística não é de nenhum modo um ideal científico inofensivo?

Segundo Gori & Del Volgo (2005, p. 211) a “banalidade do mal”, tese defendida por Hannah Arendt a respeito do nazismo, representa uma lógica política determinada pelo conformismo, pela normalização, reificação<sup>29</sup> e instrumentalização do humano. Na medida que o homem é um ser “incalculável”, o imperativo de normas estatísticas que prevalecem como princípios de governança do homem, podem se apresentar como desastrosas, no sentido de produzirem uma “massificação social dos comportamentos”. Não se pode dizer que o discurso científico é “inofensivo”, na medida em que, na pós-modernidade, o império da razão calculista substitui a própria linguagem. Os autores citam Wittgenstein quando este proclama que “é a linguagem que impõe a estrutura logística”, para dizer que a razão calculista, ou a estatística, não se coloca como o processo estrutural conhecimento, mas a linguagem é quem tem essa finalidade. Dessa forma, a ciência é um esforço da estrutura lingüística e não a língua em si.

Um pouco mais a frente Gori & Del Volgo (2005, p. 213) citam Paul Ricœur: “A situação criada pelas ciências é de enorme importância política. Visto que a

---

<sup>29</sup> Conf. Houaiss (2001): “segundo Georg Lukács (1885-1971), alargando e enriquecendo um conceito de Karl Marx (1818-1883), processo histórico inerente às sociedades capitalistas, caracterizado por uma transformação experimentada pela atividade produtiva, pelas relações sociais e pela própria subjetividade humana, sujeitadas e identificadas cada vez mais ao caráter inanimado, quantitativo e automático dos objetos ou mercadorias circulantes no mercado”

linguagem é um jogo, o problema torna-se político por definição, já que é a linguagem que faz do homem um animal político”.

Gori & Del Volgo (2008) anunciam e reconhecem que os avanços da medicina, sejam os do no campo da terapêutica, da tecnologia em saúde, ou em políticas de saúde, proporcionaram avanços e melhorias que são nítidas para os médicos e para a população.

Esta forma de pensar hoje não é questionada pela sua eficiência. Dizer que houve avanços e melhorias, não quer dizer que o conhecimento e os instrumentos que temos hoje são a verdade e o correto. É apenas o que sabemos hoje. No futuro isso poderá ser – ou certamente será – superado.

Mas nós os clínicos não podemos nos furtar a observar. Willian Osler (1901) sustentava que “a arte da medicina é a observação”. Não podemos renunciar às armas que dispomos num espaço de incerteza, dentre elas lançamos mão do conhecimento científico, da tecnologia. Mas, estudadas sem paixão religiosa, não são elas também observações? Para que não nos vejamos completamente entregues ao empirismo recorremos a documentação científica para alçar um status de verdade às nossas impressões. Como a medicina é uma área de incerteza, há sempre um vácuo enorme entre as observações e aquilo que podemos eleger como verdadeiro. A própria verdade na ciência é temporal. Provavelmente será questionada no futuro.

Este pequeno preâmbulo nos é de utilidade para o relato de uma observação sobre o tratamento das doenças psiquiátricas. A classificação de uma pessoa portadora de doença psiquiátrica há cerca de vinte anos era tomada com bastante reserva. A sociedade escondia seus doentes, confinava-os, relegando-os ao esquecimento (FILHO, 1992).

Os movimentos pela não hospitalização dos portadores de sofrimento mental, revolucionaram o tratamento psiquiátrico no mundo. Exemplos de Franco Battaglia na Itália, David Capistrano da Costa Filho em Santos no Brasil, a luta anti-manicomial empreendida junto aos hospitais de Barbacena, Minas Gerais, Jequerí em São Paulo e Hospital Anchieta em Santos, tornaram-se ícones deste avanço.

Do ponto de vista político não podemos de forma alguma desconsiderar esses avanços na saúde mental no mundo e no Brasil.

Mas não falo em especial das doenças psiquiátricas, mas particularmente da abordagem dos distúrbios da ansiedade, da tristeza e da melancolia nos tempos pós-modernos. Refiro-me a certa naturalidade com que as pessoas se dizem hoje portadoras de “doenças” como “síndrome do pânico”, “tensão pré menstrual (TPM)”, “depressão”, “transtornos da personalidade”, ou mesmo entidades como “distúrbio bipolar” e “transtorno obsessivo-compulsivo - TOC”. De um comportamento de certa forma reservado que as pessoas guardavam estes diagnósticos, vimos nos anos recentes uma certa naturalidade das pessoas em mencionar essas situações que nos soam como uma certa banalização da angústia, da tristeza.

Não é incomum as pessoas se dizerem depressivas, ou portadoras de Síndrome do Pânico com um certo tom de ponto final para os problemas. Logo será solicitado um antidepressivo, pedido quase que corriqueiro nos ambulatórios e consultórios hoje em dia. A fluoxetina, nos EUA foi terceiro antidepressivo mais prescrito no ano de 2006, com cerca de 21 milhões de prescrições aviadas. No ano de 2007 a sertralina mereceu um aumento de 197% nas prescrições quando comparado ao ano anterior (TOP 200 GENERIC DRUGS BY UNIT, 2006; TOP 200 GENERIC DRUGS BY UNIT, 2007), saindo do 51º lugar em 2006 para o 12º lugar em todas as prescrições anuais comparadas em 2007. Dados no Brasil também mostram o grande aumento do uso destas drogas (ANDRADE *et al.* 2004)

O aumento destes medicamentos é atribuído ao avanço tecnológico e resultado clínico alcançado por estas drogas. Porém, as conclusões sobre a eficácia destas drogas, em especial para o tratamento da depressão leve, é motivo de discussão havendo muitas controvérsias (KROENKE *et al.*, 2001, TREATMENT FOR ADOLESCENTS WITH DEPRESSION STUDY [TADS], 2004; SACHS *et al.*, 2007). Em todas as três últimas citações houve relato de relação dos autores com indústrias farmacêuticas.

A influência da indústria farmacêutica, como já mencionamos, exerce grande influência na prescrição destas drogas. Lembremos do estudo de 74 ensaios clínicos para investigação da eficácia de antidepressivos, concluiu que 37 de 38 estudos tendo como resultados positivos para a indústria farmacológica foram publicados. Mas dos 36 estudos com resultados negativos, trinta e três não foram publicados (TURNER et. al., 2008). Também devemos nos lembrar do exemplo de Kondro e Sibbald (2004) que publicaram documentos da indústria farmacêutica que explicitamente diziam que deveriam ser suprimidos os resultados negativos de um estudo que “minaria o perfil da paroxetina”

O uso de medicamentos psicotrópicos tem crescido enormemente desde o início da década de 80. Não há dúvidas que algumas destas drogas contribuíram para o controle de doenças psiquiátricas. A diminuição do sofrimento dos doentes portadores destas doenças é inegável, tanto do ponto de vista agudo, nos surtos psicóticos, por exemplo, quanto do ponto de vista da melhora e alívio dos sintomas a longo prazo.

No entanto, o que chama a atenção nesta discussão não é exatamente o efeito objetivo que estas medicações exercem, mas o uso indiscriminado e o efeito político e social do controle de pessoas sujeitas ao que se normatizou chamar de “problemas mentais”, ou que estejam submetidas a contingências da vida que nos impõe tristezas, desilusões.

Desde Canguilhem (2002) em sua tese de doutorado de 1943, o debate sobre o que é normal ou patológico ampliou a compreensão de médicos, filósofos, psicólogos e outras áreas do conhecimento, sobre as fronteiras em que nomeamos ou designamos o estado que consideramos normal ou doente.

Para termos uma noção do volume de doenças ou classificações de distúrbios mentais surgidos nas últimas décadas, tomemos como exemplo a evolução do Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais, conhecido como DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Foram realizadas quatro grandes revisões desde a sua criação pela Associação Americana de Psiquiatria, APA (*American Psychiatric Association*), desde a primeira em 1952. Esta versão continha 106 categorias de desordens mentais. A segunda (DSM-

II) publicada em 1968 era composta por 182 classificações. O DSM-III, publicado em 1989 continha 265 categorias diagnósticas e o DSM-IV, de 1994 listava 297 classificações de distúrbios psiquiátricos.

Estas classificações sofreram várias críticas. Em especial no sentido de se classificar como anormal situações que se constituem condições da própria existência, nomeando como patológicas as condições que podem muito bem ser compreendidas como normais. Em especial quando classifica-se como doenças, vários sintomas próprios ao comportamento humano.

Gori e Del Volgo (2008) fazem ampla análise dessas críticas. Elas nos são bem pertinentes quando pensamos na medicalização da existência, expressão que tomamos emprestado do livro anterior dos mesmos autores *La santé totalitaire, essai sur la médicalisation de l'existence*, de 2005. Primeiro, chama a atenção o uso de critérios estatísticos que reparte “problemas mentais” em “problemas do comportamento”. Essa classificação contribui para o reconhecimento de causas orgânicas para “distúrbios mentais e dos fatores de stress”, favorecendo, assim, seleção de pacientes com o objetivo de se “experimentar psicotrópicos, avaliar comparativamente os tratamentos e suprir os sistemas de classificação cômodos para as autoridades sanitárias e companhias de seguros norte-americanas”, segundo Gori e Del Volgo (2008, p. 257) . Rapidamente essas classificações se transformaram em ferramentas de pesquisa, se transformando em “operadoras conceituais e normativas da psiquiatria”.

Como exemplo disso podemos recorrer a classificação da homossexualidade pelo DSM III, categorizada, então, como doença. Logo a categoria, já normatizada, foi substituída, segundo Roudinesco (2000, p, 50), por “homossexualidade egodistônica”, classificando-a como uma entidade depressiva. Nos interessa a transcrição que Roudinesco faz da fala de Laurence Hartmann, ex-presidente da Associação Americana de Psiquiatria:

Acho preferível não utilizar a palavra homossexual, que pode prejudicar a pessoa. A palavra depressão não cria problemas, nem tampouco neurose de angústia. (...) Utilizo as categorias mas vagas e mais genéricas, desde que seja compatíveis com

minha preocupação com a verdade. As companhias de seguros estão convenientemente informadas de que os rótulos diagnósticos que lhes são comunicados são suavizados pela não prejudicar as pessoas ROUDINESCO (2000, p, 50).

Classificando sintomas como doenças, contribuiu, também, para a normalização dos profissionais médicos quando diante destas situações clínicas.

A expansão dos paradigmas atuais da saúde mental, dessa forma, favoreceu o aparecimento de uma “epidemia” de problemas do comportamento, aumentando, paralelamente, e no mesmo ritmo, o aparecimento de novas medicações no mercado farmacológico a disposição de todos. De tal forma que Jörg Blech (2003) e Guy Hugnet (2004) chegaram a observar que estaria ocorrendo um movimento paradoxal na medicina, no sentido dos medicamentos estarem “fabricando” diagnósticos, ocorrendo uma manipulação da indústria farmacêutica responsável pela “invenção” (GORI & DEL VOLGO, 2008, P. 249) de doenças.

As palavras podem parecer fortes. Mas quando observamos a banalização de certos diagnósticos como, por exemplo, a “Síndrome (ou desordem) do Pânico”, percebe-se que vários dos sintomas que a caracterizam são observados, também, de forma isolada ou em conjunto, em outras entidades psíquicas e orgânicas (Hoffman, 2006). Katon (2006), observa que para o tratamento dos ataques de pânico e sua recorrência, as medidas de tratamento comportamental e medicamentoso têm efetividade semelhante embora, quando há sugestão de uso de medicamentos ele reconhece que os inibidores seletivos da recaptção da serotonina, ou SNRIs (sigla em inglês de *serotonin-noradrenaline-reuptake inhibitors*) são os medicamentos prioritariamente recomendados. O autor deixa claro sua relação com companhias farmacêuticas. Em carta ao editor do *New England Journal of Medicine*, Irwin Hoffman (2006), critica a ausência da hiperventilação entre os sintomas descritos por Katon (2006). Podemos reconhecer que a hiperventilação é sintoma freqüente e recorrente na histeria, nas ansiedades, ou em vários outros distúrbios psíquicos. Como também o são todos os sintomas arrolados por Katon na Síndrome do Pânico.

Roy-Byrne *et al.* (2006) observa que este conjunto de sintomas que caracterizam os ataques pânico ocorrem em 5% da população, sendo que havia nomes no passado com características semelhantes.

A confusão entre o normal e o patológico, especialmente no que tange às drogas psicotrópicas, passam por uma flexibilidade e amplitude tal, que Gori e Del Volgo (2008) chegam a pensar que se torna difícil saber a diferença entre uma prescrição terapêutica ou cosmética, de tal forma que o tratamento toma contornos de um fetiche.

Porém, a grande preocupação destes autores é exatamente o controle exercido sobre as pessoas tanto pelo Estado Nação quanto pelo Estado Empresa, definindo sua normalidade, configurando sua “doença”, padronizando-as dentro de uma ordem pública.

É sobre esse aspecto que recorreremos à expressão “homem comportamental” de Elizabeth Roudinesco (1999). A “sociedade depressiva”<sup>30</sup> inserida no movimento de globalização econômica, evita pensar sobre culpa, ou no sentido de intimidade no qual ela se insere. Essa nova sociedade apenas “*contabiliza os sucessos*” desse homem. A psicanalista concorda com Foucault (2004) quando percebe que o homem doente torna-se “possuído por um sistema biopolítico”, que dá forma ao seu pensamento.

De forma análoga, Gori e Del Volgo (2008) concordam que há uma “afinidade objetiva” entre esta “nova” psiquiatria e os valores sociais e políticos da economia de mercado que acabam por contribuir para a formação de uma ordem “neuroeconômica”.

Por fim, sejam quais forem as razões ou influências, não podemos desconsiderar a interferência política e econômica sobre a prescrição de medicamentos, em especial os de uso psiquiátrico. O trabalho citado acima (KONDRO e SIBBALD, 2004; TURNER *et al.*, 2008) nos dão fortes indícios de que isso ocorre.

---

<sup>30</sup> Conf. Capítulo 4.10: “O sujeito moderno”

A relação entre indústria farmacêutica e médicos é também muito discutida e criticada (ANGELL, 2008). As ligações são múltiplas: ampliando o conflito de interesses nas pesquisas biomédicas (BEKELMAN *et al.*, 2003), interferindo nas pesquisas das instituições de ensino médico (CAMPBELL, *et al.*, 2007); promovendo a publicação de manuscritos que não são de conhecimento dos autores, sem revelar, assim, possíveis relações com a indústria farmacêutica (ROSS, *et al.*, 2008), apontando graves interferências econômicas sobre a ética médica (KESHAVJEE, 2004) e ainda, nitidamente manipulando dados como na pesquisa com a droga rofecoxib (DEANGELIS e FONTANAROSA, 2008, Psaty e KRONMAL, 2008).

A medicalização da existência, sofre forte influência dos interesses da economia mundial. Permite assim, a classificação das pessoas segundo um ordenamento, uma normalização do sujeito, classificando como doença, ou anormalidade, as idiosincrasias, as singularidades do ser humano. Podemos usar como exemplo, também as classificações de distúrbios da hiperatividade, imediatamente remontando a uma nova medicalização, a ritalina.

Ian Hacking (2001) nos ajuda a pensar sobre essa pós-modernidade que se ocupa em normatizar e classificar as pessoas, ordenando-as, de tal forma que as coisificam. Ele elabora imperativos das ciências que classificam as pessoas. Para tanto é necessário definir, contar, quantificar, medicalizar, normalizar, deslocar o conhecimento geral para a biomedicina, a genética, além de burocratizar as atitudes para, finalmente, tomar posse da identidade do sujeito, adestrando-o às normas contemporâneas. Há a necessidade de criar classificações novas, definindo-as, ilustrando-as, para facilitar a compreensão.

Segundo Hacking, contar e correlacionar são imperativos originais da estatística. Se contar é um imperativo antigo, correlacionar é um imperativo moderno. Transformar as qualidades em quantidade, torna-se o imperativo de quantificação das qualidades. Podemos dizer que nesta forma de pensar, só existe qualidade quando ela é quantificada.

A medicalização das pessoas, como já discutimos, é outro imperativo que implica num outro seguinte que é a normalização. Hacking se vale da idéia de

um homem médio, onde se propõe que a distribuição das características humanas tenha uma distribuição de uma curva Gaussiana, onde a maior parte das características humanas, biológicas ou morais, é distribuída de acordo com uma curva de probabilidades. Deve-se assim, para classificar o normal, encontrar a média, a norma, dos traços humanos, mas também a distribuição dos desvios em relação à norma. Contra a tese de Canguilhem estabelece-se que o que foge à norma é anormal, ou patológico.

Outro paradigma desta modernidade tardia, segundo Hacking, é que se torna necessário encontrar a origem biológica das características, as perturbações e os comportamentos humanos. Por investigações bioquímicas ou neurológicas, tenta-se descobrir os fundamentos biológicos dos traços do caráter e o comportamento, sendo imperativo procurar a origem genética das características dos indivíduos.

Por fim, adapte-se as classificações às necessidades administrativas; a identidade do sujeito torna-se posse do sistema predominante.

As críticas feitas aos médicos nos últimos trinta anos, ao contrário de nos fazer refletir, acabou por provocar um processo de normalização de nossas condutas que nos trouxe, como contrapartida, para um estado de redução do pensamento médico apenas ao que é quantificável. Podemos ver exemplos disso nos grandes tratados de medicina como o Cecil (GOLDMAN *et al.*, 2008) e o Harrison (FALCI, *et al.*, 2008), que a cada edição reduz a contextualização e a história das doenças, resume o raciocínio clínico, avolumando em contrapartida, a quantidade de informações sobre a propedêutica e o tratamento. Sem dúvida essas informações nos são de grande valia. Mas não podemos lê-las sem um olhar crítico, sob o risco de, ao medicalizarmos sempre nosso pensamento, nos dissociarmos do objeto da nossa profissão, o sujeito.

Mesmo vivendo os médicos, talvez, o auge da sua experiência técnica, o que lhe ofertou inegáveis avanços, eles se vêm mergulhados em profunda insatisfação. Se a medicalização significasse poder e influência dos médicos, seria estranho observarmos esse sentimento na era da sua maior identificação para com o pensamento técnico-científico. Talvez, reféns da medicalização

aspergida no ocidente como instrumento de biopoder, o médico, e seu paciente, se vejam isolados como sujeitos do seu tempo.

#### **4.2.5.4 – O tempo, ferramenta para normalizar**

Antes que iniciemos a discussão sobre o tempo como um instrumento para normalizar a prática médica, devemos recorrer a alguns conceitos introdutórios. As novas formas de intercessão do tempo junto ao trabalho no mundo contemporâneo são estudadas por Richard Sennett, em seu livro “A corrosão do caráter” (2003). Observando trabalhadores (executivos) no Vale do Silício nos EUA, ele percebe que lá não falta trabalho, mas também, o emprego formal é escasso. As pessoas estudadas recebem altos salários, mas estão submetidas a uma vida de curto prazo, sendo que trabalham numa mesma empresa por apenas alguns meses. Desta forma, ganhou sentido as expressões como competitividade e flexibilização, cuja prática, como veremos adiante, concentra-se em especial nas forças que dobram, ou moldam as pessoas.

Sennett estuda sobre a imposição das exigências de curto prazo sobre o caráter das pessoas, cujas perspectivas e relações – o amor, os amigos, a família, uma profissão, a arte – são de longo prazo. Dessa forma, Sennett percebe o movimento de empresários e jornalistas que enfatizam exaustivamente o mercado global e o uso das novas tecnologias, como características marcantes do capitalismo moderno. Nesse cenário, a frase “não há longo prazo” torna-se um epíteto. Os projetos de longo prazo, como o emprego, são substituídos pelas grandes empresas norte americanas por “projetos” e “campos de trabalho”. Segundo o autor o que mais afeta as pessoas no trabalho contemporâneo não é apenas a transmissão de dados *high-tech*, ou a atuação global mercados, ou o livre comércio, mas é a “*dimensão do tempo*” do novo capitalismo que afeta a vida emocional das pessoas fora do local de trabalho. “Não há longo prazo”, significa que o comportamento do sujeito deve estar afeito às rápidas mudanças indicadas

pelo mercado, modificações essas que não apontam para uma substância, ou para uma essência transformadora, mas atendem rapidamente às perspectivas de consumo do mundo liberal sem anteposição social. Ainda segundo Sennet, esse novo capitalismo proporciona um conflito entre o caráter e a experiência, no sentido em que relações mais duráveis são desestimuladas, na mesma medida em que não há estímulo a formulação de experiências que também demandam convivências de longo prazo.

Assim, como assinala Mark Granovetter, citado por Sennet (2003), as instituições modernas pendem para relações que se caracterizam por laços fracos de relacionamento pessoal, contribuindo para associações passageiras, deixando pouco espaço para relações que propõem laços mais duradouros.

Após essa breve introdução sobre uma idéia da intercessão do tempo junto ao trabalho no seu sentido mais amplo, convém nos ater a intercessão do tempo no trabalho específico do médico. Creio que agora seja o momento de se fazer lembrar uma conferência na Sociedade Brasileira de Psicanálise em Belo Horizonte, o professor de medicina Luiz Otávio Savassi Rocha especulava com alguma dose de desapontamento, sem abdicar, contudo, de um certo bom humor: “Hoje o médico não se permite perguntar como está o doente, sob o risco dele responder!”

Não há tempo para escutar. Várias pesquisas têm focado atenção no tempo da consulta médica.

Dessa forma, como já vimos no capítulo 4.2.3 deste trabalho, grande parte das queixas dos médicos se dá pela limitação de tempo para se dedicar ao paciente. Embora essas limitações estejam relacionadas com as regras impostas pelos sistemas de saúde, tanto privado quanto público, nota-se que as características destas limitações são próprias da modernidade, como a administração do trabalho, a convivência com o risco, o medo, a insegurança. Situações essas que demandam considerável esforço na administração do tempo disponível para distribuí-lo entre estas atividades e ocupações.

Morrison (2000) comenta que no novo milênio os médicos atuam em oito frentes diferentes, e nelas ele deverá estar atento para a prática do seu

trabalho: “ele é ao mesmo tempo o coletor de dados, o xamã, o conselheiro e preceptor da clínicos, piloto do conhecimento, encarregado de procedimentos, diagnosticador, gerente médico, e especialista em garantia de qualidade”. São justamente estas observações que apareceram como queixas e limitações do trabalho médico publicado pela *Massachusetts Medical Society* (2001)<sup>31</sup>.

Detalhes sobre a influência do tempo da entrevista entre o médico e seu paciente dão conta da importância desse tema na promoção da saúde. Beckman e Frankle (1984), publicaram em instigante trabalho no qual analisaram o comportamento médico durante a consulta. Entre os anos de 1980 e 1982 foram gravadas 74 entrevistas médicas no serviço de Cuidados Primários de Medicina Interna da Universidade do Estado de Wayne, EUA. Em apenas 23% das entrevistas o paciente teve a oportunidade de completar o relato de sua queixa. Em 69% das visitas, o clínico interrompeu o relato do paciente através de questões específicas, influenciando no raciocínio ou no relato do paciente, no sentido em que finalizações ou interrupções prematuras durante a entrevista médica levaram a modificar o foco de informação relatado pelo paciente.

Os autores observaram ainda que o tempo médio de interrupção do relato do paciente pelo médico foi de 18 segundos, percebendo, com surpresa, que o curto tempo de fala do paciente sem interrupções ocorreu particularmente nas primeiras consultas. Em apenas uma entrevista entre 52 pacientes conseguiu-se atingir um relato integral das queixas do paciente, segundo a metodologia usada.

Sobre o tempo de uma consulta médica, Wilson *et al.* (1992) compararam aspectos de promoção de saúde entre consultas curtas de 7, 8 e 10 minutos. Os resultados foram conclusivos em relação a melhor avaliação do paciente nas consultas de 10 minutos. No entanto, chama muito a atenção o fato de que nas primeiras consultas de 10 minutos, a pressão arterial foi realizada em apenas 23,8% dos casos, a medida do peso do paciente foi realizada em apenas 6,9%. Ainda nestas consultas de 10 minutos, os questionamentos do

---

<sup>31</sup> Conf. Capítulo 4.6 deste trabalho, páginas 52 a 55.

médico sobre o hábito de fumar, uso de álcool e uma discussão sobre o peso foram anotadas, respectivamente, em 7,4%, 3,3% e 2,5% dos atendimentos. No mesmo estudo, quando pacientes foram perguntados se o médico questionou sobre problemas de saúde passados, a resposta ocorreu em 40,8% nas consultas de 10 minutos. Pois bem, a medida da pressão arterial e a história pregressa do paciente são fundamentais para uma história clínica. O estudo observou, comparando as consultas cuja média de tempo de duração em minutos variou entre 7,04, 7,16 e 8,25, que estas últimas contribuíam mais para uma performance clínica mas adequada. Os autores concluem que a diminuição do tempo da consulta é o fator que mais contribui para o risco de insucesso quanto a promoção da saúde. Não é sem razão que o subtítulo do artigo em questão é: *a minute makes a difference*. Não há um questionamento sobre o limite de tempo de 10 minutos como ideal para uma consulta. Este foi o tempo indicado para o estudo em questão.

Observa-se que a diminuição do tempo da consulta relaciona-se com menor satisfação do paciente (MORREL, *et al.*, 1989; RIDSDALE, 1989; DUGDALE, 1999; ARROYO, 2007) além de limitar a capacidade do clínico em empreender atitudes preventivas (WILSON e CHILDS, 2002; YARNALL *et al.*, 2003). Morrison (2000) enfatiza que a duração da consulta é fortemente influenciada pelos seguros de saúde, afirmando que o sistema norte americano *manege care* tem exercido um papel negativo sobre a quantidade e qualidade de tempo que os médicos dedicam ao seu paciente.

De forma semelhante, Dugdale *et al.* (1999) concluíram, ainda, que consultas realizadas em um ritmo acima de 3 ou 4 por hora, diminuem a satisfação do paciente, aumentam a taxa de retorno e contribuem para prescrições inapropriadas.

Parece, também, não haver dúvidas quando a necessidade de um maior tempo de consulta em relação a uma melhor abordagem de problemas psicossociais relatados pelos pacientes (HUTTON e GUNN, 2007). Mesmo em trabalhos que desaprovaram a associação entre o tempo de consulta com a qualidade do atendimento (CARR-HILL *et al.*, 1998) houve nítido aumento no tempo das

consultas que concluíram por diagnósticos de problemas psíquicos, quando comparado a outras consultas. STIRLING *et al.* (2001) observaram que o aumento em 50% do tempo da consulta contribui para um aumento em 32% do reconhecimento de dificuldades psicológicas nos pacientes estudados.

Britt *et al.* (2005) observando o comportamento de médicos na Austrália, confirmaram informações anteriores (DEVEUGELE *et al.*, 2002) que indicavam a existência de variações dependentes do estilo, tempo de formação e sexo do médico, além de características do paciente como idade, doenças crônicas e sexo, que ajudam a determinar o tempo da consulta. Como exemplo, uma consulta realizada por um generalista australiano do sexo feminino, qualificado pela instituição responsável do país (*FRACGP - Fellowship of the Royal Australian College of General Practitioners*), idade acima de 65 anos e trabalhando em pequenas áreas rurais, destinaria, em média, 4,7 minutos a mais em sua consulta do que um clínico do sexo masculino, não graduado pelo *FRACGP*, jovem, graduado no exterior e trabalhando na região metropolitana da Austrália. Um maior tempo na consulta foi também despendido na condução de problemas específicos como questões sociais, psicológicas e problemas genitais femininos, além da condução de doenças crônicas e determinação de tratamentos clínicos.

Freeman *et al.* (2002) reportam extenso debate realizado no Reino Unido sobre o tema envolvendo a duração das consultas no atendimento primário. Eles observam, também, que consultas de maior duração estão relacionadas com um melhor resultado para os pacientes. Além do mais, percebem que consultas da modernidade tendem a incluir pacientes com maior número de comorbidades, em especial doenças crônicas, em função do aumento da perspectiva de vida. Porém, existem dificuldades no sentido de se elaborar uma política que promova um aumento do tempo das consultas.

Se esse tempo é essencial, aumentar o acesso a ele não tem sido uma empresa fácil, pelo menos do ponto de vista coletivo. Uma combinação de mais cuidado, mais opções, maior discussão e maior esclarecimento do doente inevitavelmente levará a uma maior pressão sobre o tempo. As alternativas

encontradas em função do aumento da demanda, seriam aumentar-se o número de consultas por médico. Conseqüentemente, o tempo a elas dedicado será menor.

Outro problema aventado pelos autores acima, em função da diminuição do tempo da consulta, é a perda da interpessoalidade. Vemos isso com frequência nos sistemas de pré-pagamento. Se um paciente se vê incentivado a procurar vários profissionais, vários especialistas, por exemplo, ocorre uma duplicação inevitável de histórias, elas são contadas em partes e não no todo, arriscando-se a diagnósticos apressados, contribuindo para conflitos de opinião e, talvez, segundo Freeman *et al.* (2002), para a perda da confiança. O que os autores chamam de “perda da continuidade interpessoal”, ou “longitudinal” caracterizada por múltiplas opiniões médicas em consultas curtas, pode ser entendido como a característica moderna da perda das relações de longo prazo como é observado por Sennet (2003).

Como pensam os psicanalistas, uma história contada não é necessariamente a expressão de uma realidade. No contexto da psicanálise, nos interessa sobremaneira a construção do discurso, a situação que o paciente atribui a sua vida como realidade. Assim, o real do discurso reproduz a idealização de uma realidade. Este é um processo repleto de singularidades, cujas angústias ou impressões do paciente necessariamente não são as mesmas reproduzidas em oportunidades diferentes, consultas com especialistas ou clínicos com visões, momentos e percepções diferentes. A medicina em todos os sentidos é uma relação de longo prazo. Desde o aprendizado até a elaboração de uma história pelo paciente, estes processos dependem da intercessão da cultura para a elaboração de um discurso, de uma história. Daí a sua singularidade, praticamente irreprodutível. O conhecimento pelo médico de uma característica do paciente e modificação desta particularidade numa outra oportunidade, em determinadas situações pode ser um sinal de alerta para o clínico.

Mas o que nos preocupa não é o tempo exato de uma consulta. Mas a intercessão do tempo inibindo ou dificultando relações de longo prazo. Anthony Giddens (2002) observou que a vida social moderna se caracteriza por

profundas formas de reorganização do tempo e espaço, deslocando as relações sociais de seus locais específicos, recombina-as através de grandes distâncias no tempo e no espaço.

O tempo moderno, opera assim, como uma potente ferramenta, contribuindo para condicionar pessoas dentro de um sistema cuja prioridade é a produção. Cidadãos transformam-se em consumidores, em usuários. A limitação do tempo tem fortes ligações com o sujeito moderno e, como vimos, para com a medicina. Neste aspecto, não podemos negar que ele também implica em modificações das relações entre médicos e pacientes. Por conseguinte, podemos pensar que os princípios da medicina, como a primazia do bem-estar e da autonomia do doente, como também a justiça social devem estar submetidas às influências do tempo presente.

## **5 – Discussão**

## 5.1 – A medicalização da existência

A palavra medicalização ainda não consta dos dicionários de língua portuguesa. No entanto, essa palavra foi introduzida a partir do influente livro de Ivan Illich “A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina” em 1975 (METZL e HERZIG, 2007). Até julho de 2008, quando acessamos o portal de busca *Google* essa palavra inscrita em português foi citada 17.500 vezes e, em inglês (*medicalisation*) foi encontrada em 220.000 citações. Quase um ano após, em maio de 2009, a palavra medicalização ocorreu 36.500 vezes, e *medicalisation* foi citada 403.000 vezes.

Essa expansão das citações parece ter um significado para muito além dos números. Inicialmente a medicalização foi compreendida como referência ao poder médico, como nas palavras de Jean Clavreul (1983), referindo-se à primazia médica sobre o sujeito. Dessa forma, o termo medicalização foi introduzido no meio acadêmico e nas publicações médicas como “a expansão da autoridade médica para os domínios da existência cotidiana, promovida pelos médicos e era, conseqüentemente, uma força a ser rejeitada em nome de específicas categorias de libertação” (METZL e HERZIG, 2007). Assim, a palavra significa a compreensão e a abordagem do sofrimento humano através do pensamento biomédico, lógica essa que sustenta a própria razão pós-moderna.

Se Illich pensava que uma maior participação da população quanto a medicalização traria mais benefícios, promovendo assim uma (des)profissionalização dessa escolha, não parece que isso correu. Se por um lado os médicos eram os únicos com o poder de prescrição, por outro lado, considerando os EUA pelo menos, as propagandas dirigidas ao consumidor onipresente, instruem pacientes a demandar por drogas através do seu nome de marca, de laboratório comercial criando, desse modo, uma relação direta entre o consumidor e a empresa farmacêutica que ameaça excluir o médico desta relação (METZL e HERZIG, 2007). Se isso é a (des)profissionalização como pretendia Illich, os mecanismos de mercado, se valendo dessa intenção,

acabaram por criar um novo caminho, sem prescindir do médico, que amplia sobremaneira o espectro de ação da indústria farmacêutica. Da intenção democrática de acesso a todos, caiu-se no totalitarismo de mercado.

Já discutimos em capítulo anterior sobre a biopolítica, que Foucault (SINDING, 2004) já previa que este processo de “(des)medicalização”, ou seja, o escape da medicalização da órbita médica, sustentada pelo pensamento mais ortodoxo, poderia produzir, paradoxalmente, um agravamento da própria medicalização.

Fruto deste processo, o papel dos pacientes tem também se modificado. Se nos anos 70 os pacientes eram vistos como vítimas do processo de medicalização, eles agora ocupam posições ativas no chamado mercado, agindo como advogados, consumidores e agentes de mudança. Um duplo e perverso papel dos pacientes se apresenta como novidade na alta modernidade, ele é ao mesmo tempo vítima e promotor da medicalização. Os conceitos da modernidade não são parâmetros exclusivos de quem tem o poder de medicar. Como bem assegurou Touraine (2002) o mundo atual aceita, acolhe a idéia de modernidade.

Como nota Nancy Tomes (2007) neste crescente processo de medicalização “os pacientes não têm para onde ir”. Na perspectiva de uma maior participação nas decisões individuais sobre sua saúde, os pacientes acabam por se ver, inconscientemente, presos ao processo de medicalização no qual apenas os médicos eram os responsáveis nos anos 70. Embora perceba os riscos da medicalização moderna, a autora reconhece que um retorno ao “autoritário paternalismo” diagnosticado por Illitch “é simplesmente impossível”. Iniciativas políticas de pacientes e médicos engajados em reformas políticas nos últimos trinta anos resultaram em monumentais modificações na prática da medicina. Podemos citar a legalização ou a descriminalização do aborto, a *desospitalização* psiquiátrica, o acesso a informações sobre saúde, entre alguns exemplos. No entanto, esse processo não ocorreu sem suas implicações econômicas e conseqüente acumulação de capital.

Não podemos abdicar da impressão na qual a expressão “usuário”, extremamente utilizada e categorizada pelo poder público no Brasil, não é isenta de uma ideologia de mercado. Gori & Del Volgo (2005,) já observavam a força ideológica desta expressão – em francês: *usager* – que também designa a pessoa que utiliza o serviço público.

Mas se estudarmos com cuidado, o processo de medicalização tem uma raiz indelével na cultura ocidental, sendo que o recurso da retórica médica para alcançar o sujeito não é um processo recente, moderno propriamente dito. Gori & Del Volgo (2005) relatam uma observação do médico grego Galeno (131 – 200 dC), sugerindo como a medicina, ilusoriamente, já se pretendia estabelecer como ciência. Galeno se ocupa em tratar uma viúva que sofre de múltiplos problemas histéricos. Seus sintomas desaparecem após o tratamento prescrito pelo médico grego. A terapia consistia na aplicação de substâncias quentes sobre o órgão genital acompanhado de manipulação digital. O que Galeno procede é a masturbação de sua paciente para curar o seu mal. Ele escreve:

Em parte pelo calor destes remédios e parte pelo contato que a medicação promove nos órgãos genitais, ela sobrevive às dificuldades acompanhadas de dor e prazer, semelhantes às sensações que experimentamos durante o coito e pela qual ela recebe um esperma espesso e abundante: ela foi agora libertada do mal que sentia (Gori & Del Volgo, 2005, p. 215).

Gori & Del Volgo concluem que foi em nome da medicina que a prática “terapêutica” de Galeno fez “gozar” sua paciente.

Já comentamos também que no ano IX da Revolução Francesa, Bacher<sup>32</sup> já pensava que a ampla divulgação e responsabilização do cidadão para com sua saúde era um caráter fundamental para a consideração política da medicina: “Como se não bastasse a implantação dos médicos, pede-se a consciência de cada indivíduo esteja medicamente alerta”.

O ponto central de nossa discussão não é exatamente o alcance “democrático” do processo de popularização da medicalização, mas sim permitir uma análise das causas e conseqüências desse processo sobre os médicos e a sociedade como um todo. Nikolas Rose (2007) percebe que as críticas aos médicos, por

---

<sup>32</sup> Confira capítulo sobre críticas aos médicos páginas 48 e 49.

um lado, contribuíram para a (des)profissionalização da medicina, salientando que nos tempos atuais, “o poder dos médicos está confinado pela sombra da lei, pelo instrumento da bioética, pela medicina baseada em evidências, e pelas demandas dos pacientes para que sejam respeitados sua autonomia, que seus direitos à saúde sejam satisfeitos, e seus prejuízos compensados”.

Entretanto, o autor observa que o foco das críticas transformaram-se em métodos e argumentos das companhias farmacêuticas para aumentar seu mercado e lucro. Rose (2007) argumenta que, sem dúvida, há muito o que se criticar. Entretanto, o processo de medicalização observado por Illich, parece ter sido utilizado por forças de mercado justamente para ampliar esse processo estendendo-o, ao curso de três décadas, para muito além do médicos.

A tese de Foucault (1999) sobre o biopoder nos é de grande utilidade para o entendimento da função da medicalização no mundo pós-moderno. Como vimos no capítulo sobre o biopoder, a medicina talvez tenha sido a primeira categoria que identificou o indivíduo como objeto de conhecimento, compreendido, mais tarde como objeto da razão científica. Ela também contribuiu para a criação de novas formas de governar as pessoas, tanto do ponto de vista individual quanto coletivamente. A aliança entre médicos e autoridades políticas construíram estruturas que normatizaram formas de viver, seja minimizando a doença, prevenindo-a, ou promovendo ações coletivas de saúde.

Mas esse processo não caminhou em linha reta, trazendo sempre benefícios para todos. Neste aspecto as críticas e preocupações de Ivan Illich foram de fundamental importância para a nossa época. Como salienta Rose (2007) a medicina não é uma essência epistemológica, política ou patriarcal no sentido de ser um único modelo médico, ou de promover o controle social, ou mesmo com funções de estabelecer normas para o corpo do sujeito. Não funciona como um única entidade, mas é inegável a influência que ela exerce sobre as pessoas na vida cotidiana e sobre as formas políticas de intervenção na sociedade.

Através da medicina e sua prática de incontestável influência, podemos observar o que se passa na sociedade como um todo, e com os médicos em particular.

Tomemos como exemplo uma política empreendida pela prefeitura da cidade de Belo Horizonte a partir do ano de 1996. Pressionada pela demanda de pacientes instituiu o mecanismo de atendimento denominado de *acolhimento*. Seu sentido, não precisamos detalhar, está inscrito no nome. Sua proposta seria a de “dar voz aos que não têm voz, de incluir os excluídos” (MOREIRA, 2006). Nenhum paciente ficaria sem ser atendido na atenção primária. Autorizou-se equipes de paramédicos, ligados ao Programa de Saúde da Família (PSF) a acolher os pacientes com disfunções aparentemente simples, supostamente ao alcance do profissional não médico. Dessa forma, abrir as portas do sistema de saúde municipal era imprescindível para garantir-se a universalidade do sistema.

Identificada com as críticas aos médicos iniciada nos anos 70, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/PBH) percebia que a escuta dos doentes carecia de qualificação adequada. Um dos objetivos a ser atingidos, segundo diretrizes da SMSA/PBH seria a “expressão de escuta qualificada, relação cidadã e humanizada, bem como, encaminhamento adequado para resolução das demandas identificadas” (MOREIRA, 2006, p. 9).

Pretendia-se, dessa forma, alcançar maior autonomia para o profissional de saúde envolvido no sistema, já que segundo Malta e Merty (MOREIRA, 2006), o trabalhador da saúde é impedido de ver o resultado final de seu trabalho, não se responsabilizando, assim, pela intervenção terapêutica. O processo de acolhimento tentaria valorizar esse profissional dando-lhe mais “autonomia”.

Porém, como observa Moreira, “o acolhimento tem desenvolvido formas ritualizadas que passam distante de sua semântica e conceituação” (MOREIRA, 2006, p. 10).

Moreira (2006) entende que o processo final acabou por desfigurar a autonomia dos próprios profissionais da saúde, levando-os a um processo de “ritualização” do atendimento. Apesar do objetivo da autora não ser exatamente

um estudo filosófico, mas operacional, não podemos deixar de analisar que, sob a óptica do nosso estudo, essa ritualização, num serviço de saúde, tende fortemente para a incorporação do discurso predominante nesta área, ou seja, o discurso biomédico, científico, tecnológico.

Dessa forma, o que se viu já havia sido vaticinado por Foucault (SINDING, 2004). Ao contrário do pretendido, e sem uma reflexão do que significava a medicalização no seu sentido amplo, pouca importância foi dada ao peso do discurso médico, ainda que ele não seja uma propriedade do médico. Jean Clavreul (1983) insistia que o discurso médico "não se sustenta senão por sua objetividade, sua cientificidade, que é seu imperativo metodológico" (CLAVREUL, 1983, p. 30). Um pouco mais a frente no seu livro "A ordem Médica" o autor insiste que o discurso médico não reconhece outro discurso, ele é o discurso. A substituição das lutas emancipatórias pelo retorno (ou permanência) das lutas de interesse (KURZ, 2009), deve ter exercido alguma influência na despolitização da própria política. Assim, ao confinar o discurso biomédico apenas ao médico, abriu-se campo para a medicalização em vários os setores além daqueles restritos a ação médica.

Embora o objetivo do acolhimento fosse garantir o acesso e qualificar a escuta nas Unidades de Atenção Primária do SUS em Belo Horizonte, o processo acabou por retomar ritos de atendimento observados anteriormente a implantação dos sistema. Moreira (2006) constata que embora a idéia do processo fosse o acesso ao atendimento e uma escuta mais qualificada, o que ocorreu foi o atendimento prioritário das demandas do poder, no caso, o município.

Se grandes mudanças estruturais não ocorreram, não é de todo estranho, também, que as filas nos postos de saúde que atraíam a imprensa em grande parte desaparecessem. As consultas que passam pelo sistema de acolhimento e não são classificadas como casos agudos são contabilizadas como atendimentos realizados. Caso haja uma demanda por um especialista, os pacientes esperam uma convocação ao telefone para esta consulta, aliviando o poder público do constrangimento político de ver seus eleitores sucumbindo

nas filas sob o olhar das câmeras de TV. As filas tornaram-se virtuais, eletrônicas, de tal forma que não chamam mais a atenção da mídia. Não temos acesso aos dados sobre morbidade e mortalidade entre esses pacientes que aguardam um chamado para uma consulta ou exame. É de se supor que, caso venham a falecer em casa, provavelmente sua morte será classificada como “natural”, e não como “falta de atendimento”.

Moreira (2007) nos dá elementos para pensar que a atenção ao paciente se dá também aí sem um cuidado com a individualidade do sujeito. Um atendimento sob medida é dispendioso, demanda mais tempo para ouvir o paciente. Mas isso não ocorreu. Como uma medida de governo, ela atendeu prioritariamente aos interesses do poder. Aos poucos, os funcionários acabaram por retomar uma ritualização do atendimento, uma cópia da norma que até então era empreendida pelos médicos. O sistema de porta aberta transformou-se num sistema de horários e salas para o atendimento aos que procuravam assistência.

Pretendendo-se uma escuta qualificada, além de uma participação e ampliação dos profissionais de saúde não médicos no processo de atendimento ao paciente – novamente aqui chamado de “usuário” – não só logrou uma escuta desqualificada (MOREIRA, 2006), como promoveu uma medicalização maior do que aquela anteriormente restrita aos médicos.

Mas se os médicos estavam sob suspeição, o que podemos dizer dos críticos aos médicos? Incapazes de compreender a distinção entre o poder do discurso médico e a contingência de seu principal protagonista – o médico –, os críticos aos médicos acabaram por promover uma ampliação da medicalização, não apenas autorizando não médicos a prescrever drogas, mas se referenciando a doença e ao doente na forma como é assumida pelos médicos, apontando para soluções sustentadas apenas através do discurso biomédico.

O processo de medicalização ganha terreno na prescrição de mais drogas, mais exames, sem qualquer atenção ao chamado parâmetro científico, mas através do predomínio do discurso médico, sustenta-se estas decisões como sendo de base científica. As distinções entre o normal e o patológico, como

descreveu Canghnhem (2002), pouco importam dado a avalanche imperativa do discurso tecnológico.

Nos capítulos sobre a norma médica e sobre a experiência, pudemos ver que o rigor dos parâmetros científicos não são, necessariamente, a essência da tomada de decisão médica. Ele autoriza esse discurso pelo uso do específico, do moderno, daquilo que é aceito pela norma contemporânea.

Em que pese a intenção de acesso à saúde, o que pode ter ocorrido é a ampliação do espectro do mercado farmacêutico sob a égide de uma democracia apressadamente interpretada.

### **5.1.1 – A solidão dos moribundos**

As críticas aos médicos, como já dissemos, pouca influência exerceu sobre os próprios médicos. A medicalização era, e ainda é, entendida como um processo natural da profissão. O esforço para salvar uma vida, os limites quase sempre imprecisos entre a ajuda e o sofrimento são fronteiras difíceis de serem transpostas.

Mas essas dúvidas talvez caminhem sem uma conclusão por toda a história da humanidade. A difícil convivência com a morte sempre desafiou os médicos afinal, ela nos lembra a todo momento nossa própria finitude.

Nosso foco de atenção, contudo, é o comportamento deste sentimento na modernidade. O autor desta tese trabalhou por cerca de vinte anos em centros tratamento intensivo (CTI), e por cinco anos coordenou um deles. Causava-me curiosidade a dificuldade dos médicos em permitir que um caso sem solução, que arrastava-se em sofrimento por meses, chegasse ao seu fim sem nossa intervenção. Plantão após plantão, pequenas medidas eram tomadas para evitar o desfecho natural de um idoso. Com isso, freqüentemente, prolongávamos seu sofrimento. Essa situação é relatada aqui sem as devidas referências por ser tão viva no nosso cotidiano que não carece de comprovação.

Tome-se como argumento para esta atitude não só o juramento médico, mas as imposições morais e religiosas que nos garantem e nos autorizam a manter a vida até onde a técnica nos permite.

Debates sobre essa questão são freqüentes. Quill (1991) publicou relato de um caso individualizado intitulado “Morte e Dignidade”. O mesmo autor publica treze anos mais tarde a dificuldade que vivenciou acompanhando a morte de seu pai (QUILL, 2004).

Apesar dos esforços para que pacientes graves cheguem a morrer em casa, perto de seus familiares, em um ambiente ao qual está habituado, relatos dão conta que em 1966, cerca de 54% das mortes ocorriam em hospitais do Reino Unido, ou em outras instituições de saúde. Uma década mais tarde essa proporção foi para 60%. Em áreas urbanas esse número ultrapassa os 70% (BOWLING, 1983). Slloway *et al.*, (2005) verificaram com base em dados de 2001 que apesar de pesquisas indicarem que 70% das pessoas gostariam de morrer em casa, isso de fato chegava a ocorrer em apenas 20% dos casos. A maior parte destes óbitos são de pessoas com mais de 65 anos (88 – 85%). Em um trabalho analisando 6.900 mortes por câncer no Reino Unido (GATRELL, *et al.*, 2003), observou-se que cerca de 68% ocorreram em hospitais ou casas de saúde, e 22% ocorreram em casa. Apesar de haver diferenças quanto a sexo, idade, causa de morte, os dados disponíveis mostram que as mortes tendem a ocorrer em instituições de saúde, não na casa das pessoas. No Brasil, não há dados disponíveis para essa verificação, apesar deste item ser de informação compulsória nos atestados de óbito.

O senso comum aponta para uma preferência de morrer sob o cuidado dos parentes mais próximos. Porém, no limite do sofrimento ou da morte, a procura por um hospital ou tratamento especializado é quase uma norma. Apesar de não termos dados suficientes para conclusões mais acertadas, podemos supor que razões morais, a crença na ciência ou mesmo a repulsa para com a morte, nos fazem recorrer a procedimentos técnicos ilimitados, como se pudessemos sempre evitar ou postergar a morte. Mas não podemos separar esse fenômeno, ou mesmo essa contradição, do momento em que ela ocorre. O

contraste entre a tolerância ou respeito para com a morte nos centros mais atrasados economicamente, ou no interior dos países, poderia ser explicado pela escassez de recursos técnicos. Mas podemos pensar, também, que tais recursos acabam por afastar o doente de sua família e de sua casa em seu momento derradeiro.

Dessa forma, não podemos deslocar esse fenômeno da própria modernidade.

Segundo Norbert Elias (1982), autor de “A solidão dos moribundos”, a morte funciona como um tabu especialmente caracterizado nas sociedades avançadas, de tal forma que tentamos nos afastar dela de todas as formas, inclusive e especialmente dos mortos. Tanto Elias quanto Foucault reconhecem, segundo Gori e Del Volgo (2008), que a individualização e a racionalização técnica próprias das sociedades modernas, consubstanciam a “gestão dos mortos e da morte”, funcionando, assim, como operadores da modernidade e de suas tecnologias de poder.

Parece haver sentido a observação de Gori e Del volgo (2008), segundo a qual a maneira “médico-econômica” de lidar com doentes e moribundos de nossos dias “se revela como o sintoma de um lento processo de civilização que tende sempre a relegar a nossa mortalidade, a dimensão trágica de viver, aos bastidores da cena social e seus dramas”. Segundo os autores, o recurso aos cuidados médicos e a organização científica, para cuidar daqueles prestes a morrer, exilando-os da sua intimidade, é um fenômeno permitido e justificado pela racionalização do conhecimento, aumentando, assim o sentimento de solidão.

Mas uma vez vemos os fenômenos modernos se apresentarem na vida cotidiana. A racionalização das condutas e das ações acabam por prescindir, hoje, como nunca, de um modelo econômico que impõe uma forma e determina sua finalidade (GORI e Del VOLGO, 2008).

Como percebemos na primeira parte deste trabalho, a razão pós-moderna, da mesma forma que outros imperativos de pensamento humano, se instala lentamente no homem sem que ele tenha a percepção racional disso. Podemos dizer que os médicos que se desdobram para manter vivo um corpo que sofre

já sem esperanças de recuperação, racionalmente ele esta imbuído da mais profunda vontade moral e ética de cumprir sua função. Mas para além disso ele não percebe que a modernidade também lhe impõe diretrizes, cria o ambiente favorável, para que se comporte como o *Homo œconomicus* de que falou Foucault (2008).

Gori e Del Volgo (2008), são categóricos, como vimos nos capítulos precedentes, quando dizem que a ética do sujeito moderno é de aperfeiçoar as estratégias econômicas maximizando suas funções instrumentais.

De um corpo agonizante há ainda de extrair-lhe o máximo de rendimento econômico possível. Um cateter, uma bolsa de sangue, alguns antibióticos, ou semanas de ventilação mecânica. Nosso senso religioso ou moral nos sustenta e empalidece a avalanche das circunstâncias que a modernidade, em seu momento mais alto, nos impõe. Em nome do imponderável, da ciência e da ética, o sofrimento do outro se justifica. Em razão do *Homo œconomicus* ele permanece solitariamente vivo.

## 6.2 – O “teocientificismo” (ou a medicina baseada na fé)

*O espírito cativo não assume uma posição por esta ou aquela razão, mas por hábito; ele é cristão, por exemplo, não por ter conhecido as diversas religiões e ter escolhido entre elas; ele é inglês, não por haver se decidido pela Inglaterra, mas deparou com o cristianismo e o modo de ser inglês e os adotou sem razões, como alguém que, nascendo numa região vinícola, torna-se bebedor de vinho. Mais tarde, já cristão e inglês, talvez tenha encontrado algumas razões em prol do seu hábito; podemos desbancar essas razões, mas não o desbancaremos na sua posição. Se obrigamos um espírito cativo a apresentar suas razões contra a bigamia, por exemplo, veremos se seu santo zelo pela monogamia é baseado em razões ou no hábito. Habituar-se a princípios intelectuais sem razões é algo que chamamos de fé.*

Origem da Fé (226), Humano, demasiado humano.

Friedrich Nietzsche

Lundberg, editor da revista eletrônica *Medscape* (2004) comenta que um colega iria participar de um debate com um opositor da “*medicina baseada em evidências (EBM)*”. O médico lhe perguntava sobre algumas boas referências sobre o tema. O editor, comenta que o método de trabalhos randômicos em números suficientes e controlados, têm poder estatístico de “um padrão ouro”. Lundberg reconhece que nem todas as intervenções são propriamente estudadas, e diz: “os clínicos, de qualquer forma, têm que tomar uma decisão”.

Lundberg considera, que a pura oposição a EBM é pura FBM (*faith-based medicine*), ou seja, a medicina baseada na fé. Ele se refere a citação bíblica em Ebreus 11.1: “*Ora, a fé é o firme fundamento das coisas que se esperam, e a prova das coisas que não se vêem*”. O editor comenta que isso poderia valer para o primeiro século da era cristã, “*mas em 2004, quando há evidência, eu uso esta base para meu trabalho*”.

Sem dúvida, quando há evidências, este método é sensível o bastante para auxiliar os médicos. Entretanto, o que se pergunta é se as evidências publicadas têm mesmo este *status*. Ou ainda, caso o estudo minucioso de um *paper* não conclua para as evidências que ele sugere, e ainda assim nós as seguimos, não estamos, também, diante de outra forma de fé? Se assim for, qual a sua origem?

Nos capítulos anteriores discutimos que por razões de método, de mercado ou mesmo de interpretação, essas evidências nem sempre clareiam as incertezas tão próprias à medicina.

Vimos que estamos numa época em que a razão calculada, assentada no raciocínio biomédico e na ciência, é o paradigma predominante (SANTOS, 2004).

Em recente discussão com alunos do 8º período do curso médico da Faculdade de Medicina da UFMG, perguntei qual o aspecto mais comumente encontrado no estudo radiológico do tórax (Rx de tórax) de pessoas acometidas agudamente de embolia pulmonar. Minha opinião era de que nessa condição clínica Rx de tórax considerado “normal” era o mais comumente

encontrado. Imediatamente os alunos sacaram seus *palmtops*, acessaram o *UpToDate*<sup>33</sup> e disseram que o Rx “normal” ocorria em apenas 12% dos casos. O debate que se seguiu foi acalorado. Afinal, o *UpToDate* é sinônimo de conhecimento atualizado. Outros autores como Goldhader (2006)<sup>34</sup>, relatam que o estudo radiológico do tórax é anormal em apenas 25% dos casos de embolia, concordando com minha impressão.

Mas o que chama a atenção neste caso não é apenas a experiência do clínico. É possível que com esta forma de acesso instantâneo, crie-se uma cultura e, com o passar do tempo uma “experiência” só será alcançada pela informação imediata, eletrônica. É provável que a diferença de achados se dê tanto pela interpretação dos dados quanto pelo método empregado nas opiniões. A referência utilizada pelo *UpToDate* é de uma análise comparada de 117 pacientes realizada por especialistas. Provavelmente estes respondem a quesitos pré-determinados, ou semi-estruturados, próprios para um trabalho científico e, também, realizados após o diagnóstico da fase aguda (STEIN, *et al.*, 1991). Entretanto, há muito já se sabe que o tratamento imediato diminui substancialmente a mortalidade (DEYKIN, 1981) e que, na prática, quem opera este diagnóstico é o clínico em plantão na emergência. Para este último um Rx normal em um paciente com suspeita de embolia pulmonar é de grande valia, afasta outras causas onde a evidência de alterações é mais freqüente, como uma pneumonia bacteriana, um pneumotórax, por exemplo. A normalidade para um clínico não significa um vazio, mas uma informação valiosa.

Este episódio me fez lembrar imediatamente de freqüentes situações semelhantes. Alunos e colegas nos dizem constantemente: Está escrito em determinado artigo de certa revista; o cateter de *swan-ganz* “disse” se tratar de um diagnóstico de choque séptico; a tomografia computadorizada, o ultra-som, ou mesmo algum especialista de respeito “dizem” tal afirmação. Elas são tomadas como verdade, imediatamente.

---

<sup>33</sup> *UpToDate*: publicação de busca eletrônica, criada em 1992, composto de mais de 4.000 autores, editores e revisores. É utilizado em mais de 145 países e suas recomendações são obtidas pelo método da medicina baseada em evidências. (acessado em 04 de junho de 2009 em [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com))

<sup>34</sup> Autor do capítulo de Embolia Pulmonar do livro “Tratado de doenças cardiovasculares, 7ª ed, Braunwald, 2006.

Isso pode se dever a várias situações. A inexperiência, que nos remete imediatamente a procurar pela impressão de alguém mais destacado no conhecimento em questão, ou na acurácia de um determinado equipamento. Entretanto, o que chama a atenção no meio acadêmico é verdade implícita quando é publicada. É claro que devemos ter uma referência técnica para nossas atitudes. Afinal, ao contrário do argumento de Latour (1991), todos nos achamos – nós, os médicos – modernos. Mas o motivo pelo qual essas referências se tornam verdades, na prática e em momentos específicos de tomada de decisão, é o sentido de nossa discussão.

Podemos pensar, ainda, que as decisões rápidas nas urgências, caso dependam de informações imediatas nos sítios eletrônicos de busca, não poderão contar com um estudo da metodologia utilizada para se chegar àquela conclusão. Nós utilizamos essas informações para sabermos informações imediatas, como doses de medicamento, o melhor tratamento, os exames mais indicados.

Mas o fato é que este tipo de informação rápida e de fontes confiáveis – revistas de impacto, como se diz –, tem se tornado a norma não apenas nos serviços de urgência, mas na clínica em geral. A cada dia amplia-se o uso de *palm*s, manuais, *guidelines*, manuais baseados em *guidelines*. Isso parece ser uma característica do que podemos chamar de modernidade e, repito, nos são muito úteis para informações imediatas. Mas o que intriga é o uso destas ferramentas como fonte de estudo, sem a compreensão dos passos que se seguiram até aquela conclusão. Lido assim, em curtos períodos de texto, uma impressão parcial ganha qualidade de uma verdade inquestionável.

O exemplo da evolução das pneumonias comunitárias discutido no capítulo 4.2.5 sobre a norma médica contemporânea, nos faz refletir sobre essa condição. Ao procurarmos alcançar a primazia do doente, princípio da medicina, nos ocupamos e nos seduzimos pela técnica e pela informação científica parcial. Ao contrário de atingirmos esse princípio, certamente pretendido pelos médicos, acabamos por beneficiar muito mais a indústria farmacêutica, introduzindo novas drogas no mercado, sem alcançarmos o

benefício pretendido. Com o uso de drogas muito mais caras, pelo menos do ponto de vista econômico, ou da justiça social, os pacientes foram prejudicados por essa abordagem em praticamente todo o mundo ocidental.

Max Weber, como vimos, considerava que a racionalização do mundo se caracterizaria um “refinamento” das técnicas de cálculo e que essa racionalização – podemos dizer, também, o pensamento objetivo, específico – será tão presente que a “acesse utilitarista irá moldar condutas morais e sociais dos indivíduos”.

Podemos concluir que as tomadas de decisão médicas podem ser equivocadas, ou mesmo apressadas. Mas nos cabe pensar que outros mecanismos podem estar envolvidos para esse desfecho. A clínica, afinal, sempre nos impõe pesar em outras possibilidades.

Weber afirma que o romantismo dos números exerce uma fascinação mágica e irresistível sobre as pessoas na modernidade. Uma vez havendo resultados acompanhado de dados, não podemos fugir a impressão que eles devem exercer particular influência num mundo cuja lógica é determinada pela razão utilitarista das coisas.

O pensador marxista Michael Löwy (2005) fez uma análise de interessante texto de Walter Benjamin denominado “O capitalismo como religião”. Benjamin sugere, como Weber, que o capitalismo é composto de estruturas que têm sua origem no sentimento religioso. Porém, Benjamin pensa de forma diferente, sugerindo que o capitalismo é uma religião cultural. Para isso ele lança mão de três elementos que consegue destacar neste sistema. Primeiro o *culto* que se manifesta nas formas utilitárias do capitalismo, como o dinheiro, as especulações, compra e venda de mercadorias. Este culto “não teria dogma específico ou teologia”. Ele se fundaria no utilitarismo destes entes simbólicos.

É possível que essas formas utilitárias funcionem como os mecanismos de desencalço de que falou Giddens (2002), que se constituem justamente de elementos simbólicos. Segundo Löwy (2005) o que associa essas práticas utilitárias ao culto religioso é o sentimento de *adoração* ao qual elas estão associadas hoje. O segundo elemento seria a caráter *sem trégua* do

capitalismo, um estado de permanente crise no qual ele está presente no nosso inconsciente todo o tempo. Talvez, Benjamin faça uma analogia ao que Weber disse sobre o capitalismo: “todos os dias são de festa”<sup>35</sup>.

Por fim, um terceiro elemento seria o caráter culpabilizador deste sistema econômico. O filósofo alemão evoca em seu texto a ambigüidade da palavra *schuld* em alemão, que significa ao mesmo tempo “dívida” e “culpa”. Novamente Weber é retomado, no sentido em que, para o burguês puritano, o que se consagra aos fins pessoais é “roubado” do serviço à glória de Deus, tornando-os permanentemente culpados e “endividados” em relação a Deus. Esse sentimento de culpa é, segundo Benjamin, universal.

Mas não podemos fazer uma relação de causa e efeito apenas por uma variável.

Gori e Del Volgo (2005) têm outra visão sobre este sentimento de culpa na modernidade. Eles argumentam, sustentados em especial na formulação de Freud (1974a), que este caráter universal da culpa se origina de uma instancia moral, que nos acompanha desde sempre, desde que cometemos nossa primeira infração e, a partir dela, instituiu-se a lei.

Freud elabora sua hipótese tomando o cuidado de nos preparar para as suas idéias. As informações sobre os homens primitivos nos chegaram até aos dias de hoje através das artes, dos contos, lendas. De tal forma, como sustenta Freud, eles nos são de alguma forma ainda muito próximos. As conclusões observadas pelo psicanalista merecem tal tratamento que ditas de chofre parecem pouco plausíveis. A leitura de Totem e Tabu é fundamental para esse entendimento, não há como reproduzi-lo aqui.

Porém, Freud sustenta que os homens primitivos nos marcaram por um fenômeno fundamental na nossa vida primitiva: a passagem de um ato para uma conscientização de um crime. Os homens, para manter seu próprio território, sempre controlado pelo pai, mataram-no. Mas os homens, arrependidos deste ato, da sensação de vazio e nostalgia do pai morto, decidiram em alguma estância que isso não mais se repetiria. Ai instalou-se a

---

<sup>35</sup> Confira: o mal estar na civilização segundo Freud, capítulo 4.8.

lei. A permanência do pai restaurando-o na horda primitiva, cumpria um lugar duplamente pacificador. Ao mesmo tempo que essa instância moral reúne tabu e proibição, ela promove a reconciliação simbólica com o pai morto, preservando os irmãos rivais das impulsões hostis que arriscava a divisão e a aniquilação de todos. Também sobre a universalidade de algumas leis, como o incesto, Lévi-Straus nos fala da maior ou menor liberdade em relação a lei nesta questão. Mas ele constata que o que é universal é a regra.

Freud (1974) em *O mal estar na civilização* vai ainda mais além na sua análise sobre o sentimento de culpa. Intrigado sobre a incredulidade dos pacientes quando os psicanalistas lhes atribuem “um sentimento de culpa inconsciente” (FREUD, 1974a, p. 159). Freud, para se tornar mais inteligível para os pacientes, diz que é na necessidade inconsciente de punição que o sentimento de culpa encontra expressão. Esse sentimento, ainda segundo Freud, funcionaria como

“uma variedade topográfica de ansiedade”, e ainda, que “o sentimento de culpa produzido pela civilização seja percebido como tal, e em grande parte permaneça inconsciente, ou apareça como uma espécie de mal-estar, uma insatisfação, para a qual as pessoas buscam outras motivações” (FREUD, 1974a, p. 159).

É importante ressaltar, como me foi gentilmente informado pelo psicanalista Sérgio de Campos (informação não publicada), que é possível que a tradução que dispomos em português da *ansiedade*, chegando a nossa língua através da tradução do inglês, tenha, na verdade um sentido do angústia, e não ansiedade propriamente. Lembremo-nos páginas atrás o duplo sentido que a palavra alemã *schuld* revela: culpa e dívida (LÖWY, 2005). Nesse sentido é possível que Freud, ao falar de *ansiedade* no final do texto “O mal-estar na civilização”, esteja se referindo a *angústia*, como também a *culpa*. É nesse aspecto que o autor escreve que este sentimento, ansiedade ou culpa, ou a segunda transformada na primeira, estejam “presentes atrás de todo sintoma”, daí Freud falar de uma ansiedade inconsciente, sentida pela civilização como um sentimento, ou possibilidade de ansiedade, ou ainda, um “mal-estar”.

Nesse sentido Freud admite que este sentimento de culpa existe antes da consciência – antes, portanto do superego – sendo expressão imediata do medo da autoridade externa, “um reconhecimento da tensão existente entre o ego e essa autoridade” (FREUD, 1974a, p. 159).

Quando se fala em autoridade, estamos falando sobre os significantes que essa autoridade remete, como a função simbólica da autoridade paterna. Essa função simbólica pode se materializar em nosso cotidiano pela autoridade exercida por um suposto saber, uma autoridade que nos diz o que é certo ou errado, que nos comanda sobre o que fazer. A uma ordem desta dimensão não é imperativo saber-se as razões.

Assim, podemos supor que, para muito além da moral e de nosso sentimento altruísta, somos tomados por um certo sentimento de culpa que nos faz apoiar na ciência, criando, assim, um certo sentimento religioso secularizado no trato com a ciência, na sua intercessão com a medicina. Talvez assim, possamos entender um pouco nossa aflição em não permitir a evolução natural da morte de alguém que se esvai em sofrimento num CTI, nos apoiando na técnica infinita como mecanismo que alivia essa culpa ontológica. Cremos no que a técnica e a ciência nos diz como instrumento expiatório de toda a culpa inconsciente. Dai aceitarmos a autoridade que estas categorias exercem na linguagem contemporânea.

Gori e Del Volgo entendem que as regras técnicas da medicina, operando como culpa,

“são relativas a uma época, uma cultura, a um estado momentâneo de saberes e práticas. Os tabus e as inibições que tais regras prescrevem não desfazem totalmente um débito fundamental gerado pela relação clínica e constitutiva de uma culpa antropológica. Todo médico, num momento ou outro, se vê confrontado com a questão de saber se o que ele faz se deve é ao humano [em si] ou a um propósito de dever para com seus pacientes”. (GORI & DEL VOLGO, 2005, p. 187)

A culpa se deduz de uma falta que qualifica aquele que, aos olhos da lei, a cometeu. Torna-se, portanto, uma ação condenável.

De tal forma, segundo Gori e Del Volgo, que os médicos, resistindo e ao mesmo tempo unidos à racionalidade científica da medicina, ou mesmo ao seu positivismo, não podendo renunciar a sua preocupação ética, acabam por lançar-se, inevitavelmente, a um movimento “inexorável” de mais e mais exigências, de mais justificação. A mesma justificação de que falou Grenier (2004) e Le Coz (2007).

Ao mesmo tempo que o progresso científico aumenta a certeza, a exatidão probabilística dos dados médicos, geram uma incerteza ontológica, jurídica e psicológica, colocando o médico, e também as equipes de saúde, na função de gerenciar as angústias individuais e coletivas. E mais, na premência, ou na exigência de uma justificação, terão sempre eles que recorrer ao paradigma predominante para tomar suas decisões.

Ainda que este paradigma não conte com o rigor determinado pela própria ciência, mas seja publicado e divulgado como um suposto saber, nossa necessidade de exigência e justificação não acolhe outro saber que não o científico. Daí que, por uma exigência em aplacar uma culpa ontológica e a outra exigência de justificação, acabamos por aceitar, ou nos conformar, com as informações emitidas por este suposto saber sem, necessariamente conferirmos seu real conhecimento. É neste sentido que falamos de uma relação religiosa para com os dados divulgados pela ciência, e não para com a ciência propriamente dita.

Como recorta Gori e Del Volgo, face a essa necessidade social, jurídica e psíquica em gerar incertezas, ocorrendo paradoxalmente a um crescente aumento do saber científico, o médico, sob a pressão destas categorias, se vê obrigado a uma relação de contrato.

Mas essa relação evoluiu, também, com o fortalecimento do cidadão como sujeito social. Lembremo-nos que Touraine (2002) remarca a modernidade como o lugar do nascimento deste sujeito. Este cidadão se ocupa em co-participar das decisões sobre o seu corpo, sobre a política a ser elaborada sobre o seu corpo. Ele reclama transparência, conhecimento sobre sua condição de doente. Não há como contestar que a promoção do paciente a

condição de cidadão é um mérito da modernidade e, também, da própria crítica ao poder isolado do médico.

Porém, Gori e Del Volgo (2005) salientam que este processo não ocorre também sem uma análise crítica. Caso pensemos que a história caminhe sempre em linha reta sem ter que contornar obstáculos, poderemos achar que este movimento, por ser categorizado e normalizado com democrático, seria isento de seus efeitos colaterais. Eles observam o risco deste cidadão, ao procurar o direito sobre o seu corpo – inalienável, de qualquer forma –, ele esteja, sem o perceber, aceitando e se conformando, também, com a lógica biomédica, científica, tecnológica. Agindo assim, sem crítica, e moralmente alicerçado pelo ideal da democracia representativa, ele poderá estar se aliando perigosamente a uma medicalização ainda mais ampla.

Foucault já havia previsto a possibilidade deste fenômeno<sup>36</sup>. A partir de um desejo do Estado, do mercado, da norma, paradoxalmente a crítica a medicalização é assumida pelo sujeito como uma aproximação junto a essa mesma medicalização.

Por estas razões, podemos entender melhor o deslocamento do ato médico para um contexto judicial. Nos últimos anos as entidades médicas brasileiras têm se empenhado na aprovação de uma lei: “A lei do ato médico”<sup>37</sup>. Preocupados com o avanço de outras categorias sobre o seu território de saber e agir, e argumentando a necessidade de normatizar o direito sobre os procedimentos médicos, estas instituições se lançaram – com o aparente apoio dos médicos – para a constituição de uma lei que pretendia protegê-los. Entretanto, o ato médico que antes era conferido ao médico, existindo apenas no momento do próprio ato, com a possível aprovação desta lei, é deslocado da decisão individual e pessoal, para a decisão de um juiz que, no futuro, arbitrará sobre quem terá o poder de executar este ato. Ou seja, os médicos abdicam de um ato que era seu, transferindo-o para a decisão de um outro. De

---

<sup>36</sup> Conf. Capítulos 4.3, 4.9, 4.12 e 4.13

<sup>37</sup> Conf. opiniões, argumentações e texto do projeto em <http://www.portalmédico.org.br/atomedico/lei.asp>, acessado em 6 de junho de 2009.

uma forma ou outra, tendo sucesso ou não, esta lei retira do médico a autonomia por ele reivindicada.

Desta forma o ato médico, como já havia percebido Gori e Del Volgo (2005) em especial na França, se vê deslocado para a esfera jurídica.

Mas ao médico cabe a responsabilidade sobre seu paciente. Essa responsabilidade, ou obrigação de responder, de se tornar fiador, de contabilizar tudo, torna o indivíduo, o médico, ainda segundo Gori e Del Volgo (2005, P. 191) “enquadrado, normalizado e atualizado”. Seja pelo direito ou pela deontologia, ele terá dificuldades em se colocar suficiente e permanentemente sobre um plano ético.

Estes autores, apoiados na tese de Freud, se perguntam se o ato de cuidar não é fundado numa culpabilidade clínica.

Não temos aqui, com os elementos que dispomos, uma resposta. Sabemos, também, que uma única variável dificilmente encontra relacionada a um único efeito ou causa.

Mas imaginemos esse indivíduo, o médico, no mundo pós-moderno.

Suas relações para com o mundo são ditadas pelas razões que o tempo e a contemporaneidade lhe exigem, além das razões ontológicas que não nos são conscientes. Ele vive em um mundo que optou – não havia outra escolha – por “trocar um quinhão de liberdade por outro de segurança”. Ele precisa responder com segurança a esta imposição de uma sociedade de risco. Uma sociedade – como é próprio ao “espírito” do capitalismo – que vive em permanente crise, com medo, buscando segurança em qualquer ilusão, transformando vestígios em verdades. E ainda mais. Essa resposta tem que ser rápida, adaptada às exigências modernas. Privado de uma experiência ele tem que responder aos desafios diários de acordo com as normas, a técnica que dispõe. Todos os infinitos recursos modernos lhe dizem que sua culpa ontológica pode ser quitada pela sua exaustiva luta pela vida, ele vê sua profissão ser moldada pelas regras de um “homem comportamental”, um *Homo œconomicus*. Sua arte de cuidar se transformando numa medicina *prêt-à-portér*.

Neste sentido, é difícil dizermos que nossas decisões são tomadas estritamente sobre o alicerce do saber, da ética, da primazia do doente, do bem estar a ele referido e à manutenção de sua autonomia. Afinal, não podemos falar de *autonomia*, num mundo normatizado pela redução do sujeito submetido às regras da alta modernidade.

O médico abraça, então, a ciência. Ou pelo menos, naquilo que se diz ser ciência. Ele se protege, como nunca na razão calculista do *Homo oeconomicus*. Ainda que não seja puramente ciência, ele se relaciona com ela como se assim fosse. Uma relação de fé.

### **5.3 – O médico e o doente, uma relação sem sujeito.**

Uma discussão sobre a relação médico-paciente não é nosso objeto de estudo. Mas sim, a relação de ambos para com a modernidade.

Clavreul (1983) especulava que esta era uma relação de poder. O discurso médico em tudo favorecia a autoridade de um sobre o outro. Desde então observamos dois movimentos. Primeiro, quanto aos críticos dos médicos, pretendeu-se uma aliança tácita com os doentes para protegê-los do jugo científico, e segundo Illitch, da iatrogenia provocada pelos médicos. Por outro lado, quanto aos médicos, alheios a essa discussão, eles se recolheram à técnica, à ciência, aprofundando – ou reduzindo – sua arte a uma normalização das suas condutas, do seu pensamento.

Porém, o mundo moderno aspergiu sua influência de forma indistinta. Ambos, cada qual sob sua visão ou miopia, se viram presos no que Weber (2004) chamou de “jaula de ferro.”

Essa expressão ocorre nas últimas páginas de “A ética protestante e o ‘espírito’ do capitalismo”. Weber, recorre a uma opinião da Richard Baxter (1615-1691), líder puritano inglês muito influente em sua época, na qual

“o cuidado com os bens exteriores deviam pesar sobre os ombros de seu santo apenas qual leve manto de que se

pudesse despir a qualquer momento”. Weber acrescenta: “Quis o destino, porém, que o manto virasse uma rija jaula de ferro” (WEBER, 2004, p. 165).

Não apenas os médicos, mas os pacientes e toda a sociedade ocidental, aceitaram e acolheram, não apenas a modernidade, mas os seus elementos fundamentais como a técnica e a ciência, transformando-os em ferramentas, utilitários. Tal como Touraine (2002) observou, a modernidade abarcou a todos. Seus elementos de encantamento, produção de bens e consumo, nos trouxeram benefícios, porém o preço, como em todo pacto, será sempre cobrado.

A tecnologia e a ciência tomadas sem reflexão, como a prosperidade e riqueza de que falou Weber, aos poucos foi tomando a forma de uma entidade que moldou nossa forma de pensar. Com o tempo, todos, incluindo médicos e pacientes dela se viram reféns.

Seja pelas características do capitalismo moderno ou pelas implicações psíquicas a que estamos sujeitos, o mundo transformou-se, globalmente, em uma estrutura de risco. Podemos entender essa época a partir dos pensamentos de Benjamim (Löwy, 2005), como também pelo que expõe o sociólogo Sean P. Hier (2003). Uma sociedade que vive em permanente crise, sob a aura do medo, da incerteza.

Em *O mal estar na civilização*, Freud (1974) destacou que temos uma necessidade de segurança, de procurar meios para nos sentirmos seguros e, lentamente, abdicamos de nossas liberdades. Podemos entender a liberdade, nesse sentido, como a restrição do sujeito, do médico em particular, em exercer sua arte em função dos riscos e do medo impostos pelo mundo contemporâneo.

Vejamos o médico. Há fortes indícios que suas decisões são tomadas segundo informações que lhe chegam normalizadas. Seja pela leitura parcial e acrítica da informação científica, seja pelo império do pensamento econômico, certo é que a incerteza ronda a profissão como um fantasma, obrigando o médico a atitudes e comportamentos que o descaracterizam como sujeito, como indivíduo livre para pensar. Instado a tomar decisões rápidas, há a premência

de produzir. Pudemos ver não só pelas falas de alguns médicos como pelos trabalhos que “mediram” o seu tempo com o paciente, que há um afastamento entre os dois, determinado pelas funções burocráticas, administrativas e políticas, que obrigam-no a agir de forma normatizada, enquadrada, podemos dizer assim.

Mas o médico o desqualifica, ele mesmo, enquanto sujeito da sua arte. Façamos uma análise do artigo que faz uma crítica aos *guidelines* comentado no capítulo 4.11. Tricoci *et al.* (2009) concluem que as recomendações feitas pela *American College of Cardiology (ACC)* e a *American Heart Association (AHA)* nos últimos 20 anos podem não ensejar os níveis de evidência que eles recomendam. Dos 16 *guidelines* que agregavam níveis de evidência, apenas 11% tinham nível de evidência A, ou seja, continham recomendações baseadas em evidências adquiridas a partir de trabalhos randômicos ou obtidas através de metanálises. Como contrapartida em 48% destes protocolos havia “apenas” o nível de evidência C, ou seja as recomendações eram baseadas numa opinião de um *expert*, num estudo de caso, ou em padronizações de conduta. Embora o método científico elabore mecanismos para a exclusão das subjetividades, mesmo quando nos deparamos com estes protocolos, lá elas estão presentes como um fantasma a nos orientar: a subjetividade de uma opinião, de um caso clínico.

Podemos supor, também, que o médico se exclui enquanto sujeito quando abdica da experiência clínica como no caso das pneumonias comunitárias. Abandona a diferenciação entre as formas de apresentação, substituindo a clínica por uma única variável, o pensamento microbiológico, mesmo quando esse parâmetro é confirmado em apenas 50% dos casos, referenciados com base na resistência bacteriana observada *in vitro* e, ainda, na ausência de estudos controlados.

Concluimos, também, que toda a modificação do tratamento das pneumonias comunitárias deste 1993 foi interpretada como científica, como uma verdade, sem os elementos para essa afirmativa. Como bem salientaram Van der Eerden, *et al.*, (2005) os *guidelines* propostos pela *American Thoracic Society* –

ATS (1993) foram, interessante, baseados em um consenso daquela sociedade, não sendo validados prospectivamente ou comparados com outros regimes terapêuticos.

Se formos um pouco mais a frente veremos que uma grande condição da medicina – a incerteza – deixa de ser uma categoria que deve nos instigar a um raciocínio mais atilado, e torna-se um estorvo. Algo que deve ser eliminado não apenas por ser um desafio ao diagnóstico, mas por ser fonte de mal-estar. A incerteza exige uma segurança, a nossa angústia – ou culpa no dizer de Freud – é transformada em mal-estar, o que nos impele de procurar uma resposta que elimine essa sensação. Isso seria natural. Afinal, este é desafio que os médicos convivem no seu cotidiano.

Mas o tempo pós-moderno exige mais. Não bastam o bem-estar dos pacientes ou a justiça social, é imperativo que este sentimento de insegurança, a nossa incerteza, a nossa necessidade de proteção, culmine em algum resultado que possa ser quantificado como bem de consumo. Para diminuir nossa incerteza, não basta a observação, o tempo exíguo não nos permite uma espera longa demais. Como observou Sennet (2003) o tempo opera a corrosão do caráter. Não apenas o tempo como fator original, mas é através dele, ou da sua limitação, que esses mecanismos modernos se fazem presentes desestruturando os caracteres fundadores da relação entre as pessoas.

Somos instados, assim, com base numa avalanche de informações técnicas e científicas, a procurar uma resposta rápida, adaptada ao tempo pós-moderno, que só poderá vir do paradigma dominante, jamais de uma simples opinião. Dessa forma, o imperativo é medicalizar, não apenas aquelas condições objetivas, como uma terapêutica, mas também as subjetivas, como nossa angústia. Assim, a experiência subjetiva só é validada quando alicerçada por um instrumento, uma máquina, uma propedêutica que consiga olhar onde o olho e o pensar humano não alcançam.

Sobre esse aspecto Gori e Del Volgo (2005) concordam que os estudos científicos, a epidemiologia e a medicina fundada em provas “participam sem nenhuma dúvida do avanço das pesquisas científicas”. Porém, eles comentam

que esta forma de pensar se vê condenada a se render a uma ideologização da dimensão científica e técnica, que tende a impor sua lei sobre as práticas clínicas ao ponto de negar a sua missão terapêutica. Esta mudança não se faz sem beneficiários políticos e econômicos dos quais a indústria da sua saúde drena as magnificências.

Como pensar numa relação médico-paciente se ambos estão sujeitos a um poder superior do qual eles têm pouco alcance, ou conhecimento? Não se estabelece aí uma relação entre dois sujeitos. Mergulhada e profundamente influenciada pelos imperativos da alta modernidade, as magnificências desta relação estão subjugadas aos interesses cujo resultado beneficia estruturas que se estabelecem muito além das paredes de um consultório ou um leito hospitalar.

Podemos pensar que a interferência dos fatores culturais e políticos de qualquer sociedade é um processo natural, constitutivo desta relação. Mas o que se questiona é a preeminência destes fatores sobre uma relação que releva para o campo da subjetividade, da moral, da boa vontade, aqueles princípios que deveriam ser o alicerce deste encontro, ou seja, a primazia dos princípios éticos da medicina.

Repetimos mais uma vez o que anunciou Sinding (2004): os médicos ignoram ou rejeitam essas críticas. Talvez, seja nesta despreocupação, natural num mundo que não a valoriza, que resida grande parte das dificuldades dos médicos em se contrapor ao declínio da sua profissão.

Por outro lado, o paciente, sem perceber, abandona a condição de cidadão e de sujeito – justamente estas que caracterizaram o triunfo da modernidade – para se transformar em um “consumidor de saúde”. A relação médico-paciente deixa de ser uma relação entre dois para ser uma entidade em função do biopoder como observou Foucault (1999, 2008).

Nesse sentido, podemos imaginar que todo o nosso esforço, extremamente gratificante no plano pessoal, funciona como um utilitário deste biopoder, e não como um bem humano, como um objetivo que tende a nos elevar. Todas as magnificências, como disse Gori e Del Volgo (2005), nos enobrecem

profundamente, mas não são a razão da alta modernidade. Daí podermos supor que a relação médico-paciente não existe enquanto entidade pessoal, onde um tem como princípio a ajuda e o cuidado ao outro. Ambos estão em função de um outro sujeito, do homem comportamental, do *Homo œconomicus*.

Nesse aspecto, podemos imaginar que as razões éticas e morais que sustentam um indivíduo em sofrimento e sem perspectivas em um CTI não são apenas as razões de um esforço humanitário. Como uma entidade onipresente e superior, nelas estão implicadas, a vontade e a razão hiper-moderna, o consumo, a produção de bens econômicos.

Mas esse “espírito” ético não basta para concretizar esse processo de coisificação da medicina. Nossa culpa ontológica, seja por razões sociológicas ou psíquicas, nos instiga a este humanismo “demasiado humano” como disse Nietzsche, nosso *furor curandis*. Freud nos adverte acerca do analista – podemos dizer também do médico –, sobre os perigos do desejo de curar, a ambição de fazer o bem. Seja por uma ética médica inconscientemente elaborada por nossa angústia ou culpa, somos impulsionados a ir até onde os limites da técnica nos permite. Mas, ainda que continuemos a agir assim, não podemos nos esquecer que os benefícios desta “magnificência” nem sempre estão em função do médico ou seu paciente. Sem esse pensar, o médico e seu paciente não se constituem sujeitos no sentido amplo da palavra, mas instrumentos de biopoder que perpassa essa relação sem que ambos se dêem conta.

Essa reflexão, por certo, não aliviará a sua culpa. Mas pensando assim, o médico poderá se reconstruir enquanto sujeito, justamente este personagem que, segundo Roudinesco (2000) esta sociedade moderna tende a excluir.

### 5.5 – A medicina *prêt-à-porter*

Algumas palavras se fazem ainda necessárias, já próximo ao final deste trabalho, sobre o a relação da medicina contemporânea com o tempo e a experiência. Vimos na que na visão de Sennet (2003) o tempo opera como normalizador do trabalho. O processo de reengenharia formula constantemente novos empreendimentos que rapidamente se tornam obsoletos, obrigando a inovação constante, sem que isso represente, verdadeiramente, algo de novo.

Grande parte dos argumentos dos médicos para classificar sua insatisfação para com a profissão, se dá no tempo atribuído a outras funções que o afastam do paciente. Mas o lugar junto ao paciente é reconhecido como gerador de satisfação. Entretanto, não se pode negar que várias ocupações que não estão diretamente ligadas à presença do paciente estão em função dele; o estudo, a consulta a um colega, o preenchimento de documentos, por exemplo (MASSACHUSETTS MEDICAL SOCIETY, 2003). Mas seguindo o raciocínio de Sennet, nosso objetivo vai além dos fatos em si; nos preocupa o significado deste tempo e suas conseqüências para com o sentimento de insatisfação observado nos médicos.

Para designar a medicina de nossos dias, o psicanalista Sérgio de Campos (2007) introduz a expressão “medicina *prêt-à-porter*”, em oposição a uma medicina que o autor chamou de “artesã”. Esta medicina artesã não mais existe. A tecnologia ocupou um espaço que nos é indispensável. Porém, a expressão de origem francesa designa o que está “pronto para usar”, nos serve para um momento rápido de utilização; é também facilmente descartável. Parece-me que esta expressão cabe bem à medicina hiper-moderna.

Mencionamos em capítulos precedentes vários exemplos de uma relação apressada do médico para com o seu paciente. Esse processo de aceleração do tempo promove várias armadilhas. Lembremo-nos do artigo de Beckman *et al.* (1984) no qual o médico interrompe a fala de seu paciente a cada 18 segundos. Vimos também que vários aspectos importantíssimos na promoção da saúde não são pesquisados ou inquiridos pelos médico em rápidas

consultas (Wilson *et al.*, 1992). Supomos que este tema está bem exemplificado no capítulo 4.2.5.4 referente ao tempo como normalizador da prática médica.

Todo esse processo contribui para o que Benjamin (1994) chamou de a “ruína” ou “o desaparecimento experiência”. O autor nos instiga a pensar que a experiência é “matéria da tradição”. Uma vez que a modernidade se postula como uma anulação ou oposição à tradição, a experiência se esvai junto a ela.

Benjamin (1994, p. 106) discorre sobre a fragmentação desta experiência recorrendo a Proust, dizendo que “fica por conta do acaso, se cada indivíduo adquire ou não uma imagem de si mesmo, e se pode ou não se apossar de sua própria experiência”. Acrescenta ainda, que os fatos privados de nossa vida só são incorporados depois “que se reduziram as chances dos fatos exteriores se integrarem a nossa experiência. Essa impressão também é compartilhada por Agamben (2004), uma vez que para ele isso não significa que não existam as experiências, mas elas se dão fora do homem, exteriores a ele.

As notícias de jornal são um exemplo dessa redução. Benjamin argumenta que o propósito desta forma reduzida de informação consiste no isolamento dos acontecimentos do âmbito onde eles poderiam afetar a experiência dos leitores. É nesse sentido que a informação é excluída do campo da experiência, dado ao fato que a informação simplificada e desconectada não se integra à tradição, daí não se constituir em experiência.

Um pouco mais adiante Benjamin diz que “na substituição da antiga forma de narrativa pela informação, e da informação pela sensação, reflete-se a crescente atrofia da experiência” (BENJAMIN, 1994, p. 107).

É neste sentido que o tempo exíguo nos impele a colher informações na sua forma reduzida, telegráfica, podemos dizer assim. Já comentamos páginas atrás que nossos textos de medicina cada vez se ocupam menos da elaboração das idéias, apenas comunicam os seus resultados e, daí, sustenta a decisão terapêutica ou propedêutica proposta pelo autor do texto. Os *guidelines* são a quinta-essência deste apagamento da experiência. Neles, como em vários tratados de medicina, não há a narrativa de uma cultura, de

uma tradição, que poderia se incorporar como experiência para o médico. Há apenas informações. Embora possam nos ser úteis, elas remetem o conhecimento, portanto a experiência para um outro, fora do homem, como constatou Agamben (2004). Mas a alta modernidade não é mesmo o abandono, o esquecimento desta tradição? Podemos dizer que não havendo experiência a ser lembrada não há mais memória.

Relembro aqui um texto do professor Luiz Otávio Savassi Rocha (2004) intitulado “A tecnologia e o exercício da clínica na contemporaneidade”. O autor toma de empréstimo um texto de Jorge Luis Borges (1998), “Funes, o memorioso”. Pela capacidade de síntese que há no texto, transcrevo o trecho integral na forma como foi escrito pelo professor Savassi:

“Peão de uma estância uruguaia no final do século XIX, Irineu Funes foi derrubado por um redomão e, a partir daí, ficou paralítico e perdeu a capacidade de esquecer, a ponto de se referir à própria memória como um ‘despejador de lixos’. Nas palavras de Borges, seu personagem ‘sabia as formas das nuvens austrais do amanhecer do trinta de abril de mil oitocentos e oitenta e dois e podia compará-las na lembrança aos veios de um livro encadernado em couro que vira somente uma vez e ‘as linhas da espuma que um remo levantou no rio Negro na véspera da batalha de Quebracho’. Por conseguinte, Borges suspeitava que Funes ‘não era muito capaz de pensar’, pois pensar ‘é esquecer diferenças, é generalizar, abstrair. No abarrotado mundo de Funes não havia senão pormenores, quase imediatos” (ROCHA, 2004, p. 26)

Não podemos fugir a impressão que nosso método de pensar na contemporaneidade nos remete ao personagem de Borges.

Não havendo experiência ou tradição a ser lembrada, os médicos acabam por declinar, como sustenta Sérgio de Campos, da nossa condição de sujeito, como vimos alguma páginas atrás, se protegendo nas informações dos manuais, dos *guidelines*, e não numa cultura.

O perigo da modernidade em seu momento mais alto é que os médicos acolhem estas informações pensando que elas os elevam ao status de detentores do conhecimento. Pela fragilidade destas informações, pretensamente reconhecidas como experiência, o médico vê sua autoridade se

esvaziando, referenciando-se sempre num Outro, imaginando que se trata dele mesmo.

### 5.5 – A renúncia à arte

*“Em medicina tudo ou quase tudo dependendo de um golpe de vista ou de um instinto feliz, as certezas se encontram antes nas próprias sensações do artista do que nos princípios da arte”*

Cabanis<sup>38</sup> (FOUCAULT, 1998)

A experiência clínica, segundo Foucault (1998), se “identifica com uma bela sensibilidade”. Toda a arte médica provém de um olhar atilado. Corvisart (1808) dizia que a “teoria se cala ou desvanece quase sempre no leito dos doentes, para ceder lugar a observação e à experiência; se não é sobre o relato de nossos sentidos, sobre que se fundam a experiência e observação?”. Como já mencionamos, Willian Osler (1901), a beira do leito e junto aos seus alunos, insistia que a arte médica repousava sobre a observação.

Não podemos negar que ainda em nosso tempo é assim. Mesmo que tenhamos nosso pensamento normalizado, toda dedução, ainda que baseada em rígidos protocolos, é formulada a partir de uma simples observação.

Mas podemos dizer, hoje em nosso tempo, que essa atitude é uma arte? Ou ainda: a arte se restringe à observação? De imediato não podemos recusar o saber científico ou técnico. Sua utilização judiciosa é, também, uma criteriosa e técnica observação. Ainda que em nosso tempo a medicina seja instrumentalizada, nem assim a interpretação destes instrumentos foge a necessidade de uma observação que, ao final de um longo processo, se constitui como uma experiência.

Porém, o que nos chamou a atenção é a intercessão de vários fenômenos psíquicos, sociológicos e sociais, que interferem e se associam na construção

---

<sup>38</sup> Cabanis, Pierre-Jean-Georges: Filósofo e fisiologista francês (1757-1808)

deste processo de interpretação. Contudo, não podemos separar o médico das influências de sua época. Afinal, ele pode ser um espelho de toda época. Grande parte do trabalho de Michael Foucault se baseia no olhar deste médico sobre o mundo como instrumento para perceber o próprio mundo. Portanto, o médico – e por extensão, a medicina – funcionam como uma janela para perscrutar os mecanismos operacionais de seu tempo.

Mas esse tempo, como vimos, é formado por híbridos de uma cultura fundada na tradição e na vontade de apontar para o novo, o futuro. O médico, como todos, é sujeito a essas inferências e também responde a elas na mesma medida. e neste sentido que Giddens (2002) fala de uma “modernidade reflexiva”

Voltemos novamente a Freud (1974). Em “ O mal-estar na civilização” ele percebe que a persistência das nossas pulsões – a violenta e a sexual – nos colocou em uma cilada. Incapazes de viver numa civilização com total liberdade para exercê-las, tivemos que criar “métodos coercitivos” que nos causam profunda angústia ao termos que abdicar dessa liberdade. Dai, termos que recorrer, inexoravelmente, à segurança, à proteção para nos sentirmos um pouco melhor.

É neste sentido que fazemos aqui uma intercessão entre o pensamento de Freud e Heidegger (2002b). A arte, assim, não é apenas a procura do belo, do sensível. Mas segundo Heidegger a arte reside no lugar limítrofe entre o conhecido e o desconhecido. Essa fronteira é perigosa, repleta de incertezas; este é o lugar do “abismo”, como bem nomeou o filósofo alemão.

Então, como exercer uma arte em um “tempo indigente”?<sup>39</sup> A época pós-moderna se nos apresenta como uma estrutura localizada no tempo onde a insegurança e o medo nos tomam de tal forma que nosso esforço é a procura incessante por um espaço de segurança, de tranqüilidade.

---

<sup>39</sup> Confira o sentido de *tempo indigente* segundo a poesia de Rilke em “A medicina como arte”, capítulo 4.4.

É neste sentido, nessa procura por segurança, que a arte se esvai substituída por uma longa retórica de minúcias, de uma técnica sem a preocupação com sua essência, seu sentido.

Justamente desprovida de uma reflexão sobre sua essência, a técnica, assim, toma o lugar ilusório de uma arte perdida. Na procura de um alívio para nossas incertezas, não podemos nos expor ao risco de um abismo, sob pena de aumentar nossa angústia. Dessa forma, recorreremos à técnica não apenas como um instrumento propedêutico, mas como uma âncora para todas as nossas incertezas. Neste contexto, ela perde o seu caráter de instrumento de observação, ela torna-se a observação.

Quando Gori e Del Volgo (2005) falam de uma “ideologização” da dimensão científica e técnica, isso se já justamente pelo predomínio contemporâneo da razão técnica sobre o sentido e a essência das coisas. Se, como vimos, o processo final do nosso esforço de cuidar resulta em um mecanismo de consumo, essa ideologização é a representação do império econômico sobre o saber, sobre o conhecimento, a experiência. De tal forma que a arte torna-se não apenas reduzida à técnica, mas instrumentalizada como biopoder.

Os médicos suspeitam disso, mas a coisificação hiper-moderna obscurece o sentido deste fenômeno ideológico, autorizam-no como autêntica verdade, tornando esse processo de certa forma natural; mas não sem um sentimento de angústia percebido como insatisfação.

Os trabalhos que cuidamos de estudar nesta tese de doutorado dão conta da quantificação desta insatisfação dos médicos, mas não ousam, quando escrito por médicos, a perquirir sobre a sua origem. Tal como Zuger (2004) e outros que citamos ao longo deste trabalho, consegue-se identificar a perda da autonomia como fonte de insatisfação. Porém, não conseguem ir mais além na identificação desta ausência de autonomia como sintoma da desqualificação do indivíduo como sujeito de sua arte. Como observaram Lecorps e Paturet (1999), o biopoder não reconhece o homem como sujeito singular, mas como membro de um grupo. Deixando de ser sujeito na sua singularidade e entregue à razão final da técnica, a ilusão de segurança funciona apenas como um

lenitivo para a insatisfação, sem, contudo, eliminá-la. Cercado de uma inimaginável aparato técnico, ele continua a sentir-se só.

A medicalização da existência, como no dizer de Gori e Del Volgo (2005), poderia significar, para o médico, o triunfo do seu poder de influência na sociedade contemporânea. Entretanto, lembrando as palavras de Max Weber, quis o destino que ela se transformasse numa jaula de ferro. A medicalização como mecanismo instrumentalizador e normalizador da sociedade pós-moderna, ao contrário do pretendido pelo médico e criticado por Clavreul (1983), expandiu-se de forma a constituir-se como uma ideologia, acabando por isolar o médico, empalidecendo o seu poder, transferindo este poder para uma superestrutura econômica, cujo *espírito*, segundo Weber, é a acumulação. Esta criou ai o alicerce do sujeito instrumentalizado.

É assim que este médico, achando-se beneficiado por esta ordem, confundido e identificado com ela, tornou-se incapaz de subvertê-la.

De tal forma que a frase de Virchow e Foucault dizendo em outras palavras que “a medicina é a política”, se mostra empalidecida na pós-modernidade, uma vez que o protagonista da medicina tornou-se instrumentalizado, desatado da sua condição de sujeito, esvaziado enquanto ator político na sociedade.

Não há como este processo não se estender ao campo da ética, reduzindo-a, também, a uma etiqueta. Quando Didier Sicard (2006), presidente do Comitê Consultivo de Ética da França, fala de uma instrumentalização da ética – o *álibi ético* –, funcionando ela como “cortina ou biombo”, nota-se que o conceito ético também acabou por se reduzir a uma norma incapaz de emancipar do sujeito. Quando Lecorpes e Paturet recorrem a Foucault para anunciar que a expertise científica tende a se transformar em “guia moral”, podemos também entender que preocupação de Sicard tem fundamento, notadamente quando a ética, em nosso meio, é empregada apenas como argumento da “justa” e “atualizada” aplicação da técnica.

Para que a arte se imponha, seja no campo da política, do posicionamento do médico como sujeito, dele ser um personagem de relevo na sociedade para muito além da utilização criteriosa da técnica, haveria a necessidade dele se

habituar ao “abismo” de que falou Heidegger. A recusa deste espaço, a procura da segurança consubstanciada na técnica e não na condição de sujeito, faz com que o médico renuncie à arte para se tornar um instrumento humano da técnica.

Tomemos o cuidado, entretanto, de não traduzir a aspiração do médico para além da ciência e da técnica em uma categoria moral objetivando o altruísmo, a recompensa natural pelo bem que produzimos. Não é esta questão que estamos discutindo. Este não é nosso objetivo. Estabelecer-se atitudes e recompensas no campo da moral pode trazer algum alívio para nossa insatisfação. Porém não nos coloca na fronteira entre o conhecido e o desconhecido, lugar que sabemos ser perigoso, que evitamos sempre, mas que nos eleva à condição de arte. Tentando nos proteger de uma insegurança ontológica, elegemos a frágil ciência como sólido e único tronco de salvação.

## **6- Conclusões**

## 6 – Conclusões

Os princípios da medicina estão na contramão da pós-modernidade; mas os médicos não.

Pelo que estudamos, não podemos dizer que a primazia do cuidado ao doente, sua autonomia, como também a justiça social, são os elementos fundamentais desta nossa época. A estruturação de nosso modelo de sociedade fez com que nosso corpo não esteja em função do sujeito que nele habita, mas se construa como estrutura de biopoder.

Assim, os norteadores contemporâneos de nossa sociedade estão em função de um *Homo œconomicus*, e não de um sujeito autônomo propriamente dito. Os benefícios que a medicina nos fornece na contemporaneidade, e que nos trazem conforto e bem-estar, tendem a ser deslocados para a periferia da estrutura global, funcionando, paradoxalmente, mais como produtores de bens de consumo do que em benefícios propriamente dito. É bem verdade, que na vida cotidiana esses ganhos nos são extremamente gratificantes, ou *magnificentes*. No entanto, a nossa ação de prevenir, diagnosticar e tratar, ainda que traga inequívocos proveitos para a sociedade, acabam por ter maior relevância na organização das estruturas econômicas e políticas, marginalizando nossos princípios como gratificações fugazes.

Estes sentimentos – ou os princípios da medicina – nos estimulando a uma postura moral e solidária, sofrem transformações na alta estrutura da sociedade, e acabam nos retornando de forma modificada, reflexivamente, como observou Giddens, operando delicadamente através de mecanismos controladores do tempo. Dessa forma, ao nos forçar ao pouco contato com o doente, a pós-modernidade nos obriga a recorrer à técnica; não apenas pela sua função instrumental, mas para aliviar nossa ansiedade. Como resultado, a primazia do doente se transmuta em consumo desenfreado; este sim, um ícone de nosso tempo.

Não podemos dizer que essa nova ordem mundial tenha um comando central onipresente e manipulador. Seria a corporificação de culpados que nos servem mais como efêmera estratégia política do que para uma reflexão sobre como as estruturas funcionam.

Num mundo onde a normalização do indivíduo desmerece o sujeito e sua singularidade, cabe-nos especialmente pensar sobre as condicionantes que favorecem certas atitudes. Isoladamente não poderíamos dizer que a “espírito” de acumulação do capital, a angústia de uma sociedade depressiva, ou ainda nossa culpa ontológica, e a restrição do tempo corroendo nosso caráter, são as causas da nossa insatisfação.

Entretanto a coexistência destes e outros fatores que já mencionamos, imperando e permanentemente construindo a pós-modernidade, acabam por transformar princípios em utilitários, a ética em etiqueta, o sujeito em objeto.

Nesse sentido os clássicos princípios da medicina não dão conta de aliviar nossa insatisfação.

Porém, eles insistentemente estão em nossa volta e em nossa linguagem. Jamais poderemos deles nos abdicar, sob o risco da medicina se reduzir a uma mera técnica.

Aparentemente, parece paradoxal dizermos que os princípios da medicina estão na contração da pós-modernidade, mas os médicos não. Sem conseguir refletir sobre essa condição, os médicos se encantam pelo inimaginável avanço da tecnologia e da ciência. Daí estarem perfeitamente integrados ao tempo atual. Mas essa contradição, ou ainda mais, sob o efeito dos fatores que a constroem, ele se sente profundamente insatisfeito. Ele sabe que algo está errado, mas não reflete sobre isso.

Se o médico, não apenas ele, mas sendo ele o objeto do nosso estudo, pode ser reconhecido como um espelho desta modernidade, e estando ela em colapso, e estando ele, o médico, apenas suspeitando de sua também desconstrução enquanto sujeito, é de se supor que sua sustentação intelectual, seu alicerce, esteja repousando sobre uma ética ainda a ser conquistada.

Assim, ele corre o risco, ilusoriamente protetor, de elevar – ou reduzir – os princípios da ciência, da solidariedade, e do humanismo, a um status divino, desconectado da essência humana. Nesse contexto, estes princípios funcionariam como um vigoroso mastro do pensamento médico, mas não – como ele imagina e diz – o seu leme.

Talvez a medicina como arte, no sentido em que Heidegger a anunciou, seja a única forma de instigá-lo a pensar; ainda que confusa, ainda que tendendo à loucura como fonte de urgente e original inovação, só assim ela poderá se elevar, para mais além do que alongar a vida ou diminuir o desconforto de suportá-la.

Mas seria um esforço sobre-humano tentarmos aproximar o médico ainda mais do abismo, lá onde habita a arte. Lá, a incerteza, traduzida como angústia, deixa de ser nossa aliada e deve ser eliminada a qualquer custo.

Acolher a arte é um processo temeroso, diríamos mesmo improvável. Mas creio que este sujeito não tem outra escolha. Ou mergulha inexoravelmente na instrumentalização da sua arte, desqualificando-a enquanto tal, ou se lança a uma aventura temerosa de pensar e questionar o mundo.

A clínica – que todos os dias nos estimula a pensar no que ainda não foi pensado – tem elementos para tornar essa tarefa mais familiar, como também mais desafiadora.

Ao final deste trabalho, penso que aqui cabe a reflexão de Max Weber que aparece nas últimas páginas de *A ética protestante e o espírito do capitalismo*:

a busca da riqueza, despida de seu significado ético e religioso, tende a ser associada a paixões puramente mundanas, que lhe dão com freqüência um caráter de esporte (...) Ninguém sabe quem viverá, no futuro, nesta prisão ou se, no final deste tremendo desenvolvimento surgirão profetas inteiramente novos, ou se haverá um grande ressurgimento de velhas idéias e ideais ou se, no lugar disso tudo, uma petrificação mecanizada ornamentada com um tipo de convulsiva auto significância. Neste último estágio de desenvolvimento cultural, seus integrantes poderão de fato ser chamados de “especialistas sem espírito, sensualistas sem coração; nulidades que imaginam ter atingido um nível de civilização nunca antes alcançado.

## 7. REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. *Dicionário de Filosofia*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 1014 p.
- ADORNO, T.W. *O ensaio como forma*. In: *Notas de Literatura I*. 1. ed. São Paulo: Editora 34, 2003. 176 p.
- AGAMBEN, G. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua*. 1. ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2004. 207 p.
- AGAMBEN, G. *Infância e história: ensayo sobre la destrucción de la experiencia*. Buenos aires: Adriana Hidalgo Editora, 2004 *apud* CAMPOS, S. *Reflexões sobre o fim da experiência na medicina*. In: *Curinga: Nomes do amor*. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise, n. 24, p. 131-135, 2007.
- AMERICAN THORACIC SOCIETY. Guidelines for the initial management of adults with community-acquired pneumonia: diagnosis, assessment of severity, and initial antimicrobial therapy. *Am Rev Respir Dis*, v.148, p. 1418-1426, 1993.
- ANDERSSON, S.O.; MATTSSON, B. Lengths of consultations in General practice in Sweden-Views of doctors and patients. *Family Practice*. v.6, p. 130-134, 1989.
- ANDRADE, M.F.; ANDRADE, R.C.G.; SANTOS, V. Prescrição de Psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. *Rev Bras Cienc Farm*, v. 40, n.4, p. 471-479, 2004.
- ANGELL, M. A. Industry-sponsored clinical research: Broken System. *JAMA*, v.300, n.9, p. 1069-1071, 2008
- ANGELL, M. Drug Companies & Doctors: a story of corruption. *New York Review of Books*, New York, v. 56, n. 1, 2009.
- APPELBAUM, P.C. World-wide development of antibiotic resistance to pneumococci. *Eu J Clin Microbiol*, v. 6, p. 367-377, 1987.
- ARENDT, H. *A condição humana*. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007. 352 p.
- ARENDT, H. *Condition de l'homme moderne*. In: FASSIN, D. *Biopolitique*. In: *Dictionnaire de La pensée médicale*. 1. ed. Paris: Presses Universitaires de France, 2004, p.176-179.

- ARROYO, C.S. *Qualidade de serviços de assistência à saúde: o tempo de atendimento da consulta médica*. São Paulo, 2007. 129p. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo.
- ASSIS, MACHADO DE. *O alienista*. In: *Contos: uma antologia*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. p. 273-327.
- BACHER, A. *De la médecine considérée politiquement*. Paris, ano IX da Revolução Francesa *apud* FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1998, 241 p.
- BAUMAN, Z. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar, , 1998, 272 p.
- BECK, U. *Risk Society: Towards a New Modernity*. Sage, London: 1992 *apud* HIER, P.S. *Risk and panic in late modernity: implications of the covering sites of social anxiety*. *British Journal of Sociology*, v. 54, p. 3-20, 2003.
- BECKMAN, H.B.; FRANKEL, R.M. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern med*, v. 101, p. 692-696, 1984.
- BEKELMAN, J.E.; LI, Y.; GROSS, C.P. Scope and Impact of Financial Conflicts of Interest in Biomedical Research: A Systematic Review *JAMA*, v. 289, n. 4, p. 454-465, 2003
- BELKIN, B.M.; NEELSON, F.A. The art of observation: William Osler and the method of Zadig. *Ann Int Med*, v.116, p. 863-866, 1992.
- BENJAMIN, W. *A obra de arte na era de sua reprodutividade técnica*. Obras escolhidas v.1; *Magia técnica, arte e política*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1996. p.165-196.
- BENJAMIN, W. *Charles Baudelaire: um lírico no auge do capitalismo – alguns temas em Baudelaire*. Obras escolhidas v. III. 3. ed. São Paulo: 1994, p.151-184.
- BENJAMIN, W. *Experiência e pobreza*. Obras escolhidas v.1; *Magia técnica, arte e política*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1996. p. 114-119.
- BLANK, L.; KIMBALL, H.; McDONALD, W.; MERINO, J. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter 15 Months Later. *Ann Intern Med*, v. 138, p. 839-841, 2003.
- BLECH, J. *Les inventeurs de maladies*, Arles, Actes Sud, 2005 *apud* GORI, R., DEL VOLGO, M.J. *Exilés de l'intime: La médecine et la psychiatrie au service du nouvel ordre économique*. 1. ed. Paris: Denoël, 2008. 344 p.
- BODEN, W.E.; O'ROURKE, F.A.; TEO, K.K.; HARTIGAN, P.M.; MARON, D.J.; KOSTUK, W.J.; KNUDTSON, M.; DADA, M.; CASPERSON, P.; HARRIS, C.L.; CHAITMAN, B.R.; SHAW, L.; GOSSELIN, G.; NAWAZ, S.; TITLE, L.M.;

- GAU, G.; BLAUSTEIN, A.S.; BOOTH, D.C.; BATES, E.R.; SPERTUS, J.A.; BERMAN, D.S.; MANCINI, J.; WEINTRAUB, W. S.; FOR THE COURAGE TRIAL RESEARCH GROUP. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. *N Engl J Med*, v. 356, p. 1503–16, 2007.
- BODENHEIMER, T. The American health care system: physicians and the changing medical marketplace. *N Engl J Med*, v. 340, p. 584-588, 1999.
- BORGES, J. L. *Funes o memorioso*. In: BORGES, J.L. *Obras completas*. v. I. São Paulo: Editora Globo, 1998. p. 539-546.
- BOWEN, J. Educational strategies to promote clinical diagnostic reasoning. *Eng J Med*, v. 355, n. 21, p. 2217-2225, 2006.
- BOWLING, A. The hospitalisation of death: should more people die at home? *Journal of Medical Ethics*, v. 9, p. 158-161, 1983.
- BOZKURT, B.; AGOSTON, I.; KNOWLTON, A.A. Complications of inappropriate use of spironolactone in heart failure: when an old medicine spirals out of new guidelines. *J Am Coll Cardiol*, v. 41, p. 211–214, 2003.
- BRITISH THORACIC SOCIETY STANDARDS OF CARE COMMITTEE. (BTS) Guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults. *Thorax*, v. 56 (SV), iv1–64, 2001
- BRITT, H.; BHASALE, A.; MILES, D.A.; MEZA, A.; SAYER, G.P.; ANGELIS, M. The sex of the general practitioner: a comparison of characteristics, patients, and medical conditions managed. *Med Care*, v. 34, p. 403-415, 1996.
- BRITT, H.; VALENTI, L.; MILLER, G. Determinants of consultation length in Australian general practice. *Medical Journal of Australia*, v. 183, p. 68-71, 2005.
- CABANIS, P-J. G. *Du degré de certitude*. 13. ed. Paris: 1819 apud FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1998, 241p.
- CAMPBELL, E.G.; WEISSMAN, J.S.; EHRINGHAUS, S.; RAO, S.R.; MOY, B.; FEIBELMANN, S.; GOOLD, S.D. Institutional Academic–Industry Relationships. *JAMA*, v. 298, n. 15, p. 1779-1786, 2007.
- CAMPOS, S. *Reflexões sobre o fim da experiência na medicina*. In: Curinga: Nomes do amor. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise, n. 24, 2007. p.131-135.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense universitária, 2002. 307 p.

- CARNEIRO, M.B.; GOUVEIA, V.V. *O médico e seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil*. Brasília, Conselho Federal de Medicina, 2004. 236 p.
- CARR-HILL, R.; JENKINS-CLARKE, S.; DIXON, P.; PRINGLE, M. Do minutes count? Consultation lengths in general practice. *Journal of Health Services & Research Policy*, v. 3, p. 207-213, 1998.
- APOORVA, C.; GUNDERMAN, R.B. Defensive Medicine: Prevalence, Implications, and Recommendations. *Acad Radiol*, v. 15, p. 948–949, 2008.
- CHUCK, J.M.; NESBITT, T.S.; KWAN J.; KAM, S.M. Is being a doctor still fun? *West J Med*, v. 159, p. 665-669, 1993.
- CLAVREUL, J. *Poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1983. 274 p.
- COCHRANE, A.L., Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services. *London, Royal Society of Medicine*, 1999 *apud* SINGING, C. Critiques de la médecine. In: LECOURT, DOMINIQUE. *Dictionnaire de La pensée médicale*. 1. ed. Paris: Presses Universitaires de France, 2004, 1270 p.
- COLHOUN, H.M.; MCKEIGUE, P.M.; DAVEY SMITH. G. Problems of reporting genetic associations with complex outcomes. *Lancet*, v. 361, p. 865–872. 2003.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de ética médica: resolução CFM 1246/88*. 3. ed. Brasília: 1996. 95 p.
- CORVISART, J.N. *Prefácio à tradução de Auenbrugger. Nouvelle méthode pour reconnaître les maladies internes de la poitrine. Paris, 1808 apud* FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1998. 241 p.
- COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. 2. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983. 282 p.
- COSTA, S.I.F.; GARRAFA, V.; OSELKA, G. Iniciação à bioética. Brasília: *Conselho Federal de Medicina*, p. 302, 1998.
- CUNHA, A. G. *Dicionário Etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1997. 977 p.
- DeANGELIS, C.D.; FONTANAROSA, P.B. Impugning the Integrity of Medical Science: The Adverse Effects of Industry Influence. *JAMA*, v. 299, n. 15, p. 1833-1836, 2008.
- DeMARIA, A. N. Clinical Trials and Clinical Judgment. *J Am Coll Cardiol*, v. 51, p. 1120-1121, 2008.

- DESCARTES, R. *As meditações metafísicas*. 1. ed. Lisboa: Didática Editora, 2000. 192 p.
- DEVEUGELE, M.; DERESE, A.; BRINK-MUINEN, A.V.D.; BENSING, J.; DE MAESENEER, J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ*, v. 325, p. 472-477, 2002.
- DEVOE, J.; FRYER, G.; HARGRAVES, L.; PHILLIPS, R.; GREEN, LARRY. Does career dissatisfaction affect the ability of family physicians to deliver high-quality patient care? *J fam Pract*, v. 51, p. 223-228, 2002.
- DEYKIN, D. Current status of anticoagulant therapy. *Am J Med*, v. 72, n. 4, p. 659-664, 1982.
- DIAS, R. C. P. Resenha: modernidade e identidade. *Psicologia & Sociedade*, v. 17, n.3, p. 80-81, 2005.
- DiMATTEO, M.R.; SHERBOURNE, C.D.; HAYS, R.D.; ORDWAY, L.; KRAVITZ, E.A.; McGLYNN, S.K.; ROGERS, W.H. Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the Medical Outcomes Study. *Health Psychol*, v. 12, p. 93-102, 1993.
- DUGDALE, D.C.; EPSTEIN, R.; PANTILAT, S.Z. Time and the patient-physician relationship. *J Gen Intern Med*, v. 14 p. S34-S40, 1999.
- EAGLE, K.A.; MONTOYE, C.K.; RIBA, A.L.; DeFRANCO, A.C.; PARRISH, R.; SKORCZ, S.; BAKER, P.L.; FAUL, J.; JANI, S.M.; CHEN, B.; ROYCHOUDHURY, C.; ELMA, M.A.C.; MITCHELL, K.R.; MEHTA, R.H. Guideline-based standardized care is associated with substantially lower mortality in Medicare patients with acute myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol*, v. 46, p. 1242– 1248, 2005.
- ELIAS, N. *La soletude des mourants*, Paris, Christian bourgais, 1988 *apud* GORI, R.; DEL VOLGO, M.J. *Exilés de l'intime: La médecine et la psychiatrie au service du nouvel ordre économique*. 1. ed. Paris: Denoël, 2008. 344 p.
- EMANUEL, E.J.; DUBLER, N.N. Preserving the physician-patient relationship in the era of managed care. *JAMA*, v. 273, p. 323-329, 1995.
- FALCI, A.; BRAUNWALD, E.; KASPER, D.L.; HAUSE, S.L.; LONGO, D.L.; JAMESON, J.L.; LOSCALS, J. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 17. ed. Rio de Janeiro: Mc Graw-Hill, 2008. 2650 p.
- FASSIN, D. *Biopolitique*. In: LECOURT, D. *Dictionnaire de La pensée médicale*. 1. ed. Paris: Presses Universitaires de France, 2004. 1270 p.
- FILE, JR. T.M.; SEGRETI, J.; DUNBAR, L.; PLAYER, R., KOHLER, R.; WILLIAMS, R.R.; KOJAK, C.; RUBIN, A. A Multicenter, Randomized Study Comparing the Efficacy and Safety of Intravenous and/or Oral Levofloxacin versus Ceftriaxone and/or Cefuroxime Axetil in Treatment of Adults with Community-Acquired Pneumonia. *Antimicrob Agents Chemother*, v. 41, n 9,

p. 1665-1972, 1997.

FILE, JR. T.M.; GARAU, J.; BLASI, F.; CHIDIAC, C.; KLUGMAN, K.; LODE, H.; LONKS, JOHN R.; MANDELL, L.; RAMIREZ, JULIO.; YU, V. Guidelines for Empiric antimicrobial Prescribing in Community-Acquired Pneumonia, *CHEST*, v. 125, p. 1888–1901, 2004.

FILHO, J.B.M. *A tradição da loucura, Minas Gerais – 1870/1964*. Belo Horizonte: UFMG/COOPMED, 1992. 159 p.

FILHO, N.A.; ROUQUAYROL, M.Z. *Introdução à epidemiologia moderna*. 2. ed. Belo Horizonte: COOPMED Ed., 1992. 110 p.

FOUCAULT, M. *Direito de Morte e poder sobre a vida*. In: *História da sexualidade: a vontade de saber*. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999. p.127-149.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder: o nascimento da medicina social*. 16. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001. p. 79-98.

FOUCAULT, M. *Nascimento da biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2008, 474 p.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1998, 241p.

FOURRIER, FRANÇOIS. *Evidence-based medicine*. In: LECOURT, DOMINIQUE. *Dictionnaire de La pensée médicale*. 1. ed. Paris: Presses Universitaires de France, 2004. p. 462-466.

FRANÇA, J.L.; VASCONCELOS, A.C. *Manual para normalização de publicações técnico-científicas*. 2. ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009. 258 p.

FRANK, E.; McMURRAY, J.E.; LINZER, M.; ELON, L. Career satisfaction of US women physicians: results from the Women Physicians' Health Study. *Arch Intern Med*, v. 159, p. 1417-1426, 1999.

FREEMAN, G.K.; HORDER, J.P.; HOWIE, J.G.R.; HUNGIN, A.P.; HILL, A.P.; SHAH, N.C.; WILSON, A. Evolving general practice consultation in Britain: issues of length and context. *BMJ*, v. 324, p. 880-882, 2002.

FREUD, S. *A questão da análise leiga*. Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora, v. XX, 1976a. p. 209-283.

FREUD, S. *Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna*. Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora, v. IX, 1976b. p. 187-208.

- FREUD, S. *O mal-estar na civilização*. Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora, v. XXI, 1974a. p. 11-85.
- FREUD, S. *Projeto para uma psicologia científica*. Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora, v.I, 1977. p. 382.
- FREUD, S. *Sobre a psicoterapia*. Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora, v.VII, 1972. p. 267-278.
- FREUD, S. *Totem e Tabu*. Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora, v. XIII, 1974b. p. 13-191.
- FRIST, W.H. Health Care in the 21st Century. *N Engl J Med*, v. 352, p. 267-72, 2005.
- GATRELL, A.C.; HARMAN, J.C.; FRANCIS, B.J.; THOMAS, C.; MORRIS, S.M.; MCILLMURRAY, M. Place of death: analysis of cancer deaths in part of North West England. *J Publ Helth Med*, v. 25, n.1, p. 53–58, 2003.
- GAY, P. *Freud, uma vida para o nosso tempo*. São Paulo: Editora Shwarcz (Cia. das Letras), 2002. 719 p.
- GERSTEIN, H.C.; POGUE, J.; MANN, J.F.; LONN, E.; DAGENAIS, G. R.; MCQUEEN, M.; YUSUF, S. HOPE investigators. The relationship between dysglycaemia and cardiovascular and renal risk in diabetic and non-diabetic participants in the HOPE study: a prospective epidemiological analysis. *Diabetologia*, v. 48, p. 1749-1755, 2005.
- GIDDENS, A. *Consequences of Modernity, California: Stanford University Press*, 1990 *apud* HIER, P.S. Risk and panic in late modernity: implications of the covering sites of social anxiety. *British Journal of Sociology*, v. 54: p. 3-20, 2003.
- GIDDENS, A. *Modernidade e identidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 2002. 233 p.
- GOFF, D.C. Jr.; GERSTEIN, H.C.; GINBERG, H.N.; CUSHMAN, W.C.; MARGOLIS, K.L.; BYINGTON, ROBERT. P.; BUSE, J.B.; GENUTH, S.; PROBSTFIELD, J.L.; SIMONS-MORTON, D.G. Prevention of cardiovascular disease in persons with type 2 diabetes mellitus: current knowledge and rationale for the Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes (ACCORD) trial. *Am J Cardiol*, v. 99, p. s4-s20, 2007.
- GOLDHADER, S.Z. *Embolia Pulmonar*. In. Braunwald, *Tratado de doenças cardiovasculares*. 7. ed. Rio de Janeiro: Saunders, 2006. p.1789-1806.

- GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. A.; AREND, W.; ARMITAGE, J.O.; CLEMMONS, D.; DRAZEN, J.; GRIGGS, R.; LARUSSO, N.; NEWMAN, J.; FOSTER, E. Cecil. Textbook of Medicine. 23. ed. Rio de Janeiro: Saunders, 2008. 3120 p.
- GOMES, J.C.M.; FRANÇA, G.V. O erro médico. In: COSTA, I.F., OSEKA, G., GARRAFA, V. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina, p. 243-256, 1998.
- GORI, R.; DEL VOLGO, M.J. *Exilés de l'intime: La médecine et la psychiatrie au service du nouvel ordre économique*. 1. ed. Paris: Denoël, 2008. 344 p.
- GORI, R.; DEL VOLGO, M.J. *La santé totalitaire: essai sur la médicalization de l'existence*. 1. ed. Paris: Denoël, 2005. 264 p
- GRENIER, B. *Décision médicale*. In: LECOURT, DOMINIQUE. *Dictionnaire de La pensée médicale*. 1. ed. Paris: Presses Universitaires de France, 2004. p.307-310
- GRENIER, B. Des conduites à tenir à une décision médicale rationalisée. *Rean Urg*, v. 4, p. 667-672, 1995.
- GRUMBACH, K.; OSMOND, D.; VRANIZAN, K.; JAFFE, D.; BINDMAN, A.B. Primary care physicians' experience of financial incentives in managed care systems. *N Engl J Med*, v. 339, p. 1516-1521, 1998.
- HACKING, IAN. *Philosophie et histoire des concepts scientifiques*. In: Résumés de cours. Collège de France, 1991, Paris. Disponível em: [http://www.college-de-france.fr/media/historique/UPL46356\\_UPL35836\\_ihackingres0102.pdf](http://www.college-de-france.fr/media/historique/UPL46356_UPL35836_ihackingres0102.pdf). Acesso em 20 de abril de 2009.
- HALM, E.A., TEIRSTEIN, A.S. Management of community-acquired pneumonia. *N Engl J Med*, v. 347, n.25, p. 2039-2045, 2002.
- HEIDEGGER, M. *A origem da obra de arte*. In: *Caminhos de Floresta*. Ed. Fundação Calouste Gulberkian, Lisboa, 2002a. 453 p
- HEIDEGGER, M. *A questão da técnica*. In: *Ensaio e conferencias*. 2. ed. Petrópolis: 2002b, 269 p.
- HEIDEGGER, M. *Para quê poetas*. In: *Caminhos de Floresta*. Ed. Fundação Calouste Gulberkian, Lisboa, 2002c. 453 p.
- HIER, P.S. Risk and panic in late modernity: implications of the converging sites of social anxiety. *British Journal of Sociology*, v. 54, p. 3-20, 2003.
- HOFFMAN, IRWIN. Panic Disorder. *N Engl J Med*, v. 355, n.10, p. 1067, 2006.

- HOLLWAY, W.; JEFFERSON, T. The Risk Society in an Age of Anxiety: situating fear of crime. *British Journal of Sociology*, v. 48, n2, p. 255-266, 1997.
- HOUAISS, A. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2001. 2922 p.
- HUGNET, GUY. Antidépresseurs: la grande intoxication, Paris, Le Cherche-Midi, 2004 *apud* GORI, R.; DEL VOLGO, M.J. *Exilés de l'intime: La médecine et la psychiatrie au service du nouvel ordre économique*. 1. ed. Paris: Denoël, 2008. 344 p.
- HUTTON, C.; GUNN, J. Do longer consultations improve the management of psychological problems in general practice? A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, v. 7, p. 71-86, 2007.
- IGLEHART, J.K. The New Era of Medical Imaging: Progress and Pitfalls. *N Engl J Med*, v. 354, p. 2822-2828, 2006.
- IGNÁCIO, V. T. G.; NARDI, H. C. A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. *Psicologia & Sociedade*, v. 19, n. 3, p. 88-95, 2007.
- ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975, 196 p.
- ILLICH, I. A obsessão da saúde perfeita. São Paulo. Ed. Instituto Pólis. *Le Monde Diplomatique-Brasil*. Disponível em: <http://diplo.uol.com.br/>. v. 12, 1999.
- IOANNIDIS, J.P.A. Genetic associations: False or true? *Trends Mol Med*, v. 9, p. 135–138, 2003.
- IOANNIDIS, J.P.A.; TRIKALINOS, T.A. Early extreme contradictory estimates may appear in published research: The Proteus phenomenon in molecular genetics research and randomized trials. *J Clin Epidemiol*, v. 58, p. 543–549, 2005.
- IOANNIDIS, J.P.A. Microarrays and molecular research: Noise discovery? *Lancet*, v. 365, p. 454–455, 2005a.
- IOANNIDIS, J.P.A. Why most published research findings are false. *PLoS Med* v. 2, n. 8, e.124, p. 696-701, 2005b.
- JAEGER, W. *Paidéia*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes Editora, 1995. 1413 p.
- JANUS, K.; AMELUNGB, V. E.; GAITANIDES, M.; SCHWARTZ, W.F. German physicians “on strike”—shedding light on the roots of physician dissatisfaction. *Health Policy*, v. 82, p. 357–365, 2007.

- JORGE, A. O.; IRIART, C. B.; MENESES, C. S.; MALTA, D. C.; ACIOLE, G. G.; CECÍLIO, L. C. O.; COSTA, M. A.; FRANCO, T. B. Duas faces da mesma moeda; microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Rio de Janeiro: *Agência Nacional de Saúde Suplementar*. 2005.
- KAISER FAMILY FOUNDATION. National survey of physicians part III: doctors' opinions about their profession, march, 2002. (Accessed December 8, 2003, at <http://www.kff.org/kaiserpolls/20020426c-index.cfm>.)
- KASSIRER, J.P. Doctor discontent. *N Engl J Med*, v. 339, p. 1543-1545, 1998.
- KATON, W.J. Panic disorder. *N Engl J Med*, v.354, p.2360-2367, 2006.
- KENNEDY, T.J.T.; REGEHR, G.; CURRIE, E.; CURRI, R.; BAKER, G.R.; LINGARD, L. Preserving professional credibility: grounded theory study of medical trainees' requests for clinical support. *BMJ*, v. 338, p.1-17, 2009.
- KESHAVJEE, S. Medicine and money: the ethical transformation of medical practice. *Medical Education*, v. 38, p. 271–275, 2004.
- KING, S.B.; LEMBO, N.J.; WEINTRUB, W.S.; Barnhart Huiman X.; Kutner, M.H.; Alazraki, N. P.; Guyton, R.A.; Zhao, X.Q. A randomized trial comparing coronary angioplasty with coronary bypass surgery. *N Engl J Med*, v. 331, p. 1044 –1050, 1994.
- KONDRO, W.; SIBBALD, B. Drug company experts advised staff to withhold data about SSRI use in children. *CMAJ*, v.170, n. 5, p. 783, 2004.
- KROENKE, K.; WEST, S.L.; SWINDLE, R.; GILSENAN, A.; ECKERT, G.J.; DOLOR, R.; STANG, P.; ZHOU, X.H.; HAYS, R.; WEINBERGER, M. Similar effectiveness of paroxetine, fluoxetine, and sertraline: a randomized trial. *JAMA*, v.286, n.23, p. 2947-2955, 2001.
- KURZ, R. A guerra contra os judeus. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 11 Jan. 2009. Caderno Mais!
- KURZ, R. Filosofia como farsa. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 09 Jul. 2000. Caderno Mais!
- KURZ, R. *O colapso da modernização: da derrocada do socialismo de caserna à crise da economia mundial*. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1993. 244 p.
- KURZ, R. O homem reduzido: ciências e economia se unem hoje contra a reflexão crítica sobre a sociedade. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 03 out.1999. Caderno Mais!
- KURZ, R. *O tédio mortal da modernidade*. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 28 Nov.1999. Caderno Mais!

- KUTTNER, R. Market-Based Failure — a second opinion on U.S. health care costs. *N Engl J Med*, v. 358, p. 549, 2008.
- LABRA, E.M. *Política e medicina social no Chile: narrativas sobre uma relação difícil*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, VII(1), 2000. p. 23-47
- LAPLANTINE, F. *Anthropologie de la maladie*. 2. ed. Paris: Éditions Payot. 1992. 411 p.
- LATOURE, B. *Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 2004. 149 p.
- LE COZ, P. *Petit traité de la décision médicale*. Paris: Seuil, 2007. 196 p.
- LECORPS, P.; PATURET, J.B. *Santé publique du biopouvoir à la démocratie*. Rennes: Édition ENSP, 1999. 186 p.
- LECOURT, D. *Dictionnaire de La pensée médicale*. 1. ed. Paris: Presses Universitaires de France, 2004. 1270 p.
- LEIGH, J.P.; KRAVITZ, R.L.; SCHEMBRI, M.; SAMUELS, S.J.; MOBLEY, S. Physician career satisfaction across specialties. *Arch Intern Med*, v. 162, p. 1577-1584, 2002.
- LIPOVETSKY, G. *Os tempos hipermodernos*. 1. ed. São Paulo: Editora Barcarola, 2004. 129 p.
- LÖWY, M. *O capitalismo como religião*. Jornal Folha de São Paulo, Caderno Mais!, 18 de setembro, 2005.
- LUNDBERG, G.D. Evidence-based medicine or faith-based medicine? Medgenmed [Computer File]: *Medscape General Medicine*, v. 6, n.4, p.32, 2004. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/494069>
- MACHADO, M.H. *Os médicos e sua prática profissional: as metamorfoses de uma profissão*. Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, Fiocruz, 1997. 244 p.
- MALTA, D.C., CECÍLIO, L.C.O., JORGE, A.O. ACIOLE, G.G. Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005. 270 p.
- MALTA, DEBORAH CARVALHO; MERHY, EMERSON ELIAS. *A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos*. (mimeo), [199-] apud MOREIRA, HELOISA HELENA SILVA. *O Acolhimento no SUS em Belo Horizonte: uma proposta inacabada*. Tese de Mestrado, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro, 35 p., 2006.

- MANN, T. *Morte em Veneza*. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000. 161p.
- MARTINS, HERLON S.; CAVALCANTI, EF.A. *Clínica médica: dos sinais e sintomas ao diagnóstico e tratamento*. Ed. Manole, São Paulo: 2007.
- MARX, K.; ENGELS, F. *O manifesto comunista*. Ed. Boitempo, São Paulo, 1998. 256 p.
- MASSACHUSETTS MEDICAL SOCIETY. *Physician satisfaction survey 2001*. (Accessed October 8, 2003, at <http://www.massmed.org/pages/physiciansatisfaction.asp>.), 25p.
- MAULITZ, R. *Anatomie et anatomoclinique*. In: LECOURT, DOMINIQUE. *Dictionnaire de la pensée médicale*. 1. ed. Paris: Presses Universitaires de France, 2004. 1270 p.
- McKEOWN, T. *The role of medicine*, Oxford, Basil Blackwell, 1979 *apud* SINGING, C. *Critiques de la médecine*. In LECOURT, DOMINIQUE. *Dictionnaire de La pensée médicale*. 1. ed. Paris: Presses Universitaires de France, 2004. p.302
- MECHANIC, D. Changing medical organization and the erosion of trust. *Milbank Q.* v. 74, p. 171-189, 1996 *apud* MECHANIC, D., MCALPINE, D.D. ROSENTHAL, MARSHA. Are patients' office visits with physicians getting shorter? *N Engl J Med*, v. 344, n. 3, p. 198-204, 2001.
- MECHANIC, D.; MCALPINE, D.D.; ROSENTHAL, MARSHA. Are patients' office visits with physicians getting shorter? *N Engl J Med*, v. 344, n. 3, p. 198-204, 2001.
- MEDEIROS, JOÃO BOSCO. *Redação Científica: a prática de fichamentos, resumos, resenhas*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2000. 237 p.
- MEDICAL PROFESSIONALISM IN THE NEW MILLENNIUM: A PHYSICIAN CHARTER. *Ann Intern Med*, v.136, p. 243-246, 2002.
- MEDICAL PROFESSIONALISM IN THE NEW MILLENNIUM: A PHYSICIANS' CHARTER. *Lancet*, v. 359, p. 520-522, 2002.
- MENEZES, CARLOS ALBERTO. Do erro médico. *Revista de Direito Renovar*, Rio de Janeiro, n. 27, p. 101-110, 2003.
- METZL, J.M.; HERZIG, R.M. Medicalisation in the 21st century: Introduction. *Lancet*, v. 369, p. 697-98, 2007.
- MOLIERE. *Le malade imaginaire*. Paris: Gallimard, 1999. 305 p.
- MOREIRA, H.H.S. *O Acolhimento no SUS em Belo Horizonte: uma proposta inacabada*. 2006. 35 f. Tese de Mestrado, Escola de Governo Professor

- Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro, *Belo Horizonte*, 2006.
- MORRELL, D.C.; EVANS, M.E.; MORRIS, R.W.; ROLAND, M.O. The “five minute” consultation: effect of time constraint on clinical content and patient satisfaction. *BMJ*, v. 292, p. 870-873, 1986.
- MORRISON, I. The future of physicians’ time. *Ann Intern Med*, v. 132, p. 80-84, 2000.
- MUNDY, L.M.; OLDACH, D.; AUWAERTER, P.G.; GAYDOS, C.A.; MOORE, R.D.; BARTLETT, J.G.; QUINN, T.C. Implications for macrolide treatment in community-acquired pneumonia. Hopkins CAP Team. *Chest*, v. 113, p. 1201–1206, 1998.
- NERI, MARCELO. *Médico e administrador são profissões mais bem pagas*. In: Centro de Políticas Sociais, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: [http://www.fgv.br/cps/simulador/quali2/Apresenta%C3%A7%C3%A3o/FGV\\_Pesquisa\\_Returnos\\_da\\_Educa%C3%A7%C3%A3o.pdf](http://www.fgv.br/cps/simulador/quali2/Apresenta%C3%A7%C3%A3o/FGV_Pesquisa_Returnos_da_Educa%C3%A7%C3%A3o.pdf)
- NIEDERMAN, M.S.; MANDELL, L.A.; ANZUETO, A.; BASS, J.B.; BROUGHTON, W.A.; CAMPBELL, G.D.; DEAN, N.; FILE, T.; FINE, M.J.; GROSS, P.A.; MARRIE, F.M.T.J.; PLOUFFE, J.F.; RAMIREZ, J.; SAROSI, G.A.; TORRES, A.; WILSON, R.; YU, V.L. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia. Diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy, and prevention. *Am J Respir Crit Care Med*, v. 163, p. 1730–1754, 2001.
- NIEDERMAN, M. Review of treatment guidelines for community-acquired pneumonia. *Am J Med*, v. 117(3A), p. 51S–57S, 2004.
- NIETZTSCHKE, F. *Assim falou Zaratustra: um livro para todos e para ninguém*. 9. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998. 331 p.
- NIETZTSCHKE, F. *Humano, demasiado humano*. Companhia das Letras, São Paulo, 2000. 349 p.
- OSLER, W. The natural method of teaching the subject of medicine. *JAMA*, v. 36, p. 1673-9, 1901 *apud* BELKIN, B.M.; NELSON, A. F. The art of observation: Willian Osler and the method of zadig. *Ann Intern Med*, p. 863-866, 1992.
- OVÍDIO. *Metamorfoses*. 1ª. São Paulo: Martin Claret, 2003, 135 p.
- PALOMBINI, B.C.; SILVA, L.C.C., PORTO, N.S.; GASTAL, O.L. *Pneumonias comunitárias e complicações cirúrgicas*. In: VERONESE, R.; FOCACCIA, R. *Tratado de Infectologia*. São Paulo: Ateneu, 1996, p.1711–1724.
- PEDROSO, Ê.R.P., ROCHA, M.O.C.; SILVA, O.ANTÔNIO. *Clínica Médica: os princípios da prática ambulatorial*. 1. ed. Atheneu, 1993, 1516 p.

- PEREIRA, A.C.; LOPES, N.H.M.; SOARES, P.R.; KRIEGER, J.E.; OLIVEIRA, S.A.; CESAR, L.A.M.; RAMIRES, J.A.F.; HUEB, W. Clinical judgment and treatment options in stable multivessel coronary artery disease: results from the one-year follow-up of the MASS II (Medicine, Angioplasty, or Surgery Study II). *J Am Coll Cardiol*, v. 48, p. 948 – 953, 2006.
- POPE, J. *Even top hospitals make mistakes*. CBS News 2003, September 29. Acessado in: [www.cbsnews.com/stories/2003/09/29/health/main575546.shtml](http://www.cbsnews.com/stories/2003/09/29/health/main575546.shtml)
- PSATY, B.M.; KRONMAL, R.A. Reporting mortality findings in trials of rofecoxib for Alzheimer disease or cognitive impairment: a case study based on documents from rofecoxib litigation. *JAMA*, v. 299, n.15, p. 1813-1817, 2008.
- QUILL, T. Death and dignity: a case of individualized decision making. *N Engl J Med*, v. 324, p. 691-694, 1991.
- QUILL, T. Dying and Decision Making — Evolution of End-of-Life Options. *N Engl J Med*, v. 350, n. 20, p. 2029-2032, 2004.
- RAYNAUD, P. *Nietzsche, Friedrich*. In: CANTO-SPERBER, MONIQUE. *Dicionário de ética e filosofia moral*. São Leopoldo, Ed. Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2003a. p. 239-245.
- RIDSDALE, L.; CARRUTHERS, M.; MORRIS, R.; RIDSDALE, J. Study of the effect of time availability on the consultation. *Journal of the Royal College of General*, p. 488-491, 1989.
- ROBERT, S. Online Disclosure of Physician–Industry Relationships. *N Engl J Med*, p. 325-327, 2009.
- ROBINSON, J. *The corporate practice of medicine: competition and innovation in health care*. Berkeley: University of California Press, 1999 *apud* MECHANIC, D.; MCALPINE, D.D.; ROSENTHAL, M. Are patients' office visits with physicians getting shorter? *N Engl J Med*, v. 344, n. 3, p. 198-204, 2001.
- ROCHA, LUIZ OTÁVIO SAVASSI. *A tecnologia e o exercício da clínica na contemporaneidade*. In: A doença e o sentido do adoecer - Desafio de uma proposta interdisciplinar na área de saúde, 2004, Associação Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte. Anais do XIV Congresso Brasileiro de Medicina Psicossomática. Belo Horizonte, 2004, p. 24-27.
- ROCHA, M. O. C.; PEDROSO, E. R. P.; FONSECA, J. G. M.; SILVA, O. A. *Terapêutica clínica*. Ed. Guanabara Koogan, 1998. 1309 p.
- RÓNAI, P. *Dicionário universal Nova Fronteira de citações*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1985. 1051 p.

- ROSE, N. Beyond medicalisation. *Lancet*, v. 369, p. 700–701, 2007.
- ROSÓN, B.; CARRATALÀ, J.; VERDAGUER, R.; DORCA, J.; MANRESA, F.; GUDIOL, F. Prospective study of the usefulness of sputum Gram stain in the initial approach to community-acquired pneumonia requiring hospitalization. *Clin Infect Dis*, v. 31, p. 869–874, 2000.
- ROSS, J.S.; HILL, K.P.; EGILMAN, D.S.; KRUMHOLZ, H.M. Guest authorship and ghostwriting in publications related to rofecoxib: a case study of industry documents from rofecoxib litigation. *JAMA*, v. 299, n. 152, p. 1800-1812, 2008.
- ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. 874 p.
- ROUDINESCO, E. Les psy face à l'idéologie de l'expertise". *Journal Le Monde*, Paris, 18 de jan. 2008.
- ROUDINESCO, E. *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2000, 163 p.
- ROUMAINS, J. *Knock: ou le triomphe de la médecine*. Paris: Gallimard, 1993. 167 p.
- ROY-BYRNE, P., Craske, M.G, Stein, M.B. Panic disorder, *Lancet*, v. 368, 2006.
- SACHS, G.S.; NIERENBERG, A.A.; CALABRESE, J.R.; MARANGELL, L.B.; WISNIEWSKI, S.R.; GYULAI, L.; FRIEDMAN, E.S.; BOWDEN, C.L.; FOSSEY, M.D.; OSTACHER, M.J.; KETTER, .T.A.; PATEL, J.; HAUSER, P.; RAPPORT, D.; MARTINEZ, J.; ALLEN, M.H.; MIKLOWITZ, D.J.; OTTO, M.W.; DENNEHY, E.B.; THASE, M.E. Effectiveness of Adjunctive Antidepressant Treatment for Bipolar Depression. *N Engl J M*, v.356, n.17, p.1711-1722, 2007.
- SANTOS, B.S. *Um discurso sobre as ciências*. 2. ed. São Paulo: Córtes Editora, 2004. 92p.
- SELVIN, E.; MMARINOPOULOS, S.; BERKENBLIT, G.; RAMI, T.; BRANCATI, F.L.; POWE, N.R.; GOLDEN, S.H. Meta-analysis: glycosylated hemoglobin and cardiovascular disease in diabetes mellitus. *Ann Intern Med*, v. 141, p. 421-31, 2004.
- SENNETT, R. *A corrosão do caráter: conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora Record, 2003, 204 p.
- SEVERINO, J.A. *Metodologia do trabalho científico*. 23. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2007. 304p.
- SHUVAL, K.; SHACHAK, A.; LINN, S.; BREZIS, M.; FEBER-BUBIS, P.; REIS,

- S. The Impact of an Evidence-Based Medicine Educational Intervention on Primary Care Physicians: A Qualitative Study. *J Gen Intern Med*, v. 22, p. 327–331, 2005.
- SIBBALD, B.; BOJKE, C.; GRAVELLE, H. National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. *BMJ*, v. 326, p. 22-25, 2003.
- SICARD, D. *L'alibi éthique*. Paris: Plon, 2006. 237 p.
- SIGERIST, H.E. *Introduction à la médecine*. Paris, Ed. Payot, 1932. *apud* CANGUILHEM, GEORGES. *O normal e o patológico*. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense universitária, 2002. 307 p.
- SINGING, C. *Critiques de la médecine*. In LECOURT, D. *Dictionnaire de La pensée médicale*. 1. ed. Paris: Presses Universitaires de France, 2004. 1270 p.
- SMITH, C.M. Origin and uses of primum non nocere: above all, do no harm!. *J. Clin. Pharmacol*, p. 371-377, 2005.
- SMITH, R. Why are doctors so unhappy? *BMJ*, v. 322, p. 1073-1074, 2001.
- SOLLOWAY, M.; LaFRANCE, S.; BAKITAS, M.; GERKEN, M. A Chart Review of Seven Hundred Eighty-Two Deaths in Hospitals, Nursing Homes, and Hospice/Home Care. *Journal of Palliative Medicine*, v.8, p. 789-796, 2005.
- SOURNIA, J.C. *Histoire de la médecine*. Paris: Ed. La Découverte & Syros, 1997. p. 20-21.
- STEIN, P.D.; TERRIN, M.L.; HALES, C.A.; PALEVSKY, H.I.; SALTZMAN, H.A.; THOMPSON, B.T.; WEG, J.G. Clinical, laboratory, roentgenographic, and electrocardiographic findings in patients with acute pulmonary embolism and no pre-existing cardiac or pulmonary disease. *Chest*, v. 100, n.3, p. 598-603, 1991.
- STEINBROOK, R. Online Disclosure of Physician–Industry Relationships. *N Engl J Med*, p. 325-327, 2009.
- STIRLING, A.M.; WILSON, P.; McCONNACHIE, A. Deprivation, psychological distress, and consultation length in general practice. *British Journal of General Practice*, v. 51. p. 456-460, 2001.
- STONE, T.T.; MANTESE, A. Conflicting values and the patient-provider relationship in managed care. *J Health Care Finance*, v. 26, p. 48-62, 1999.
- STOUT, J.E., YU, V.L. Legionellosis. *N Engl J Med*, v. 337, p. 682–687, 1997.
- STRATTON, I.M.; ADLER, A.I.; NEIL, H.A.W.; MATTHEWS, D.R.; MANLEY, S.E.; CULL, C.A.; HADDEN, D.; TURNER, R.C.; HOLMAN, R.R. Association

of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *BMJ*, v. 321. p. 405-412, 2000.

STUDDERT, D.M., MELLO, M.M., GAWANDE, A.A., GANDHI, T.K., KACHALIA, A., YOON C., PUOPOLO, A.L., BRENNAN, T.A. Claims, Errors, and Compensation Payments in Medical Malpractice Litigat. *N Engl J Med*, v. 354, p. 2024-2033, 2006.

STURM, ROLAND. The impact of practice setting and financial incentives on career satisfaction and perceived practice limitations among surgeons *Am J Surgery*, v. 183, p. 222–225, 2002.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. 2008. Disponível em: [http://www.stj.gov.br/portal\\_stj/publicacao/engine.wsp?tmp.area=398&tmp.texo=89920](http://www.stj.gov.br/portal_stj/publicacao/engine.wsp?tmp.area=398&tmp.texo=89920). Acesso em 12 de junho de 2009.

THE ACTION TO CONTROL CARDIOVASCULAR RISK IN DIABETES STUDY GROUP EFFECTS OF INTENSIVE GLUCOSE LOWERING IN TYPE 2 Diabetes. *N Engl J Med*, p. 358, p. 2545 – 2559, 2008.

The Bypass Angioplasty Revascularization Investigation Investigators. Comparison of coronary bypass and angioplasty in patients with multivessel disease. *N Engl J Med*, v. 335, p. 217–225, 1996.

The SOLVD Investigators. Effect of enalapril on mortality and the development of heart failure in asymptomatic patients with reduced left ventricular ejection fractions. *N Engl J Med*, v. 327, p. 685–691, 1992.

TOMES, N. Patient empowerment and the dilemmas of late-modern Medicalisation. *Lancet*, v. 369, p. 698–700, 2007.

TOP 200 GENERIC DRUGS BY UNIT IN 2007: A listing of the top 200 generic drugs by units in 2007 - *Drug Topics*, 18 fev, 2008.

TOP 200 GENERIC DRUGS BY UNITS IN 2006: A listing of the top 200 generic drugs by units in 2006. *Drug topics*, v. 151 no. 5, p. 25, 2007.

TOSI, R. *Dicionário de sentenças latinas e gregas*. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996. 904 p.

TOURAINÉ, A. *Crítica da modernidade*. 6. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002. 431 p.

TOWNEND, J.N. Guidelines on guidelines. *Lancet*, v. 370, p. 740, 2007.

TREATMENT FOR ADOLESCENTS WITH DEPRESSION STUDY (TADS). Randomized Controlled Trial. Fluoxetine, Cognitive-Behavioral Therapy, and Their Combination for Adolescents With Depression. *JAMA*, v. 292, n.7, p. 807-820, 2004.

- TRICOCI, P.; ALLEN J.M.; KRAMER, J.M.; CALIFF, R.M.; CALIFF, R.M.; SMITH Jr, S.C. Scientific Evidence Underlying the ACC/AHA Clinical Practice Guidelines. *JAMA*, v. 301, n. 8, p. 831-841, 2009.
- TRUMBIC, B. Evidence-based medicine. *EBM Journal*, 1998. (13), p. 1. In: LECOURT, D. *Dictionnaire de La pensée médicale*. 1. ed. Paris: Presses Universitaires de France, 2004. 1270 p.
- TURATO, E.R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. 2. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2003. 685 p.
- TURNER, E.H.; MATTHEWS, A.M.; LINARDATOS, E.A.; TELL, R.A.; ROSENTHAL, R. Selective Publication of Antidepressant Trials and Its Influence on Apparent Efficacy. *N Engl J Med*, v. 358, p. 252-260, 2008.
- UBEL, P.A. *Pricing life: why it's time for health care rationing*. Cambridge, Mass.: MIT Press, 2000 *apud* MECHANIC, D.; MCALPINE, D.D.; ROSENTHAL, MARSHA. Are patients' office visits with physicians getting shorter? *Engl J Med*, v. 344, n. 3, 198-204, 2001.
- VAN DER EERDEN, M.M.; VLASPOLDER, F.; DE GRAAFF, C.S.; GROOT, T.; BRONSVELD, W.; JANSEN, H.M.; BOERSMA, W.G. Comparison between pathogen directed antibiotic treatment and empirical broad spectrum antibiotic treatment in patients with community acquired pneumonia: a prospective randomised study. *Thorax*, v. 60, p. 672-678, 2005.
- VOLTAIRE, F.M.A. *Cândido e o otimismo*. São Paulo: Editora Ediouro, Publifolha, 1998. 125 p.
- WEBER, M. *A ética protestante e o "espírito" do capitalismo*. São Paulo: Editora Schwarcz Ltda, 2004. 335 p.
- WILLIAMS, E.S.; KONRAD, T.R.; LINZER, M.; MCMURRAY, J.; PATHMAN, D.E.; GERRITY, M.; SCHWARTZ, M.D.; SCHECKLER, W.E.; DOUGLAS, J. For the SGIM Career Satisfaction Study Group. Physician, practice, and patient characteristics related to primary care physician physical and mental health: results from the Physician Worklife Study. *Health Serv Res*. v. 37, n.1, p. 119-143, 2002.
- WILLIAMS, R.R.; KOJAK, C.; RUBIN, A. A multicenter, randomized study comparing the efficacy and safety of intravenous and/or oral levofloxacin versus ceftriaxone and/or cefuroxime axetil in treatment of adults with community-acquired pneumonia. *Antimicrob Agents Chemother*, v. 41, p. 1965-1972, 1997.
- WILSON, A.; CHILDS, S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. *British Journal of General Practice*, v. 52, p. 1012-1020, 2002.

WILSON, A.; McDONALD, P.; HAYES, L.; COONEY, J. Health promotion in the general practice consultation: a minute makes a difference. *BMJ*, v. 304, p. 227-30, 1992.

YARNALL, K.S.; POLLAK, K.I.; OSTBYE, T.; KRAUSE, K.M.; MICHENER, J.L. Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Public Health*, v. 93, p. 635-41, 2003.

ZUGER, A. Dissatisfaction with medical practice. *N Engl J Med*, v. 350, p. 69-75, 2004.