

## Parte IV - Trabalho e Trabalho em Saúde

8 - Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores

Ruben Araujo de Mattos

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MATTOS, RA. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: MATTA, GC., and LIMA, JCF. orgs. *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, pp. 313-352. ISBN: 978-85-7541-505-4. Available from: doi: [10.7476/9788575415054](https://doi.org/10.7476/9788575415054). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/v4fx5/epub/matta-9788575415054.epub>.

---



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

## INTEGRALIDADE, TRABALHO, SAÚDE E FORMAÇÃO PROFISSIONAL: ALGUMAS REFLEXÕES CRÍTICAS FEITAS COM BASE NA DEFESA DE ALGUNS VALORES

*Ruben Araujo de Mattos*

*– Severino, retirante, / deixe agora que lhe diga: / eu não sei bem  
a resposta / da pergunta que fazia, / se não vale mais saltar / fora da  
ponte e da vida / nem conheço essa resposta, / se quer mesmo que lhe diga /  
é difícil defender, / só com palavras, a vida, / ainda mais quando ela é esta  
que vê, severina / mas se responder não pude / à pergunta que fazia,  
ela, a vida, a respondeu / com sua presença viva.*

*E não há melhor resposta / que o espetáculo da vida: / vê-la desfiar seu fio,  
que também se chama vida, / ver a fábrica que ela mesma, / teimosamente,  
se fabrica, vê-la brotar como há pouco / em nova vida explodida /  
mesmo quando é assim pequena a explosão, como a ocorrida / como a de  
há pouco, franzina / mesmo quando é a explosão de uma vida severina.*

João Cabral de Mello Neto, *Morte e Vida Severina*

Começo por algumas reflexões teóricas. O título deste artigo expressa minha pretensão de refletir criticamente sobre o trabalho em saúde e sobre a formação profissional em saúde, principalmente sobre as estratégias de transformação do trabalho e da formação em saúde que contribuam para a construção de um cuidado integral, em uma perspectiva emancipatória.

Utilizo a expressão ‘reflexão crítica’ em sentido análogo a expressão ‘teoria crítica’ de Boaventura Santos. Diz aquele autor:

Por teoria crítica entendo toda a teoria que não reduz a ‘realidade’ ao que existe. A realidade qualquer que seja o modo como é concebida é considerada pela teoria crítica como um campo de possibilidades e a tarefa da teoria consiste precisamente em definir e avaliar a natureza e o âmbito das alternativas ao que está empiricamente dado. A análise crítica do que existe assenta no pressuposto de que a existência não esgota as possibilidades da existência e que portanto há alternativas suscetíveis de superar o que é criticável no que existe. O desconforto o inconformismo ou a indignação perante o que existe suscita impulso para teorizar a sua superação. (Santos, 2001: 23)

Refletir criticamente, nesta perspectiva, exige uma atitude que recusa o conformismo e a resignação diante de características da realidade que aparentemente estão dadas, e que se dispõe a lutar por alternativas. É nesse sentido que seu ponto de partida será necessariamente a indignação. Por sua vez, refletir criticamente implica também um novo posicionamento epistemológico que, rompendo com a pretensão arrogante do conhecimento moderno de produzir um conhecimento que corresponda à realidade, possa apreender as possibilidades de transformação contidas nessa realidade.

Derivam-se daí duas conseqüências teóricas imediatas: de um lado, a necessidade de ressignificar a noção de objetividade do conhecimento, dissociando-a de vez da idéia de neutralidade e de se superar a dicotomia entre estrutura e ação, muito presente em várias abordagens das ciências sociais.

Não é hora nem lugar de examinar em profundidade essas posturas teóricas. Mas cabe, ainda que de modo ligeiro e esquemático, indicar o que orienta o presente trabalho, começando pela idéia de objetividade.

Tornou-se praticamente um senso comum nos tempos modernos a idéia de que a qualidade do conhecimento acadêmico, que alguns preferem denominar de conhecimento científico, fundamenta-se na busca de um conhecimento objetivo e neutro. A objetividade, entendida hoje pelo senso comum como correspondência à realidade, seria alcançada pela completa supressão e superação da mera opinião, e de qualquer traço da subjetividade de quem produz o conhecimento. A neutralidade indicaria, nesse modo de pensar, a afirmação de que tal conhecimento não fora influenciado por qualquer posição anterior.

Contra esse senso comum já se formularam numerosas críticas que permitiram configurar a ciência como uma prática social fundamentada muito mais em um conjunto de crenças e valores partilhados por certo grupo de pessoas (os membros de uma comunidade científica) do que na eventual capacidade de seus métodos de desvendar a realidade tal como ela é, ou seus determinantes últimos. Tal redescrição da ciência e de suas práticas, contudo, não anula suas especificidades como forma social de produção do conhecimento, nem nega sua utilidade. Mas significa recusar que o conhecimento científico tenha em si a capacidade de definir quais seriam as melhores escolhas, ou quais seriam os melhores caminhos para a construção de um mundo melhor.

A construção de um conhecimento crítico envolve o abandono da idéia de objetividade como correspondência à realidade, para reconceituá-la como um ideal a ser buscado nas práticas acadêmicas. Ela passa a ser incluída entre as crenças e

valores que orientam esta forma de construção do conhecimento acadêmico ou científico. Este é, por exemplo, o caminho proposto por Boaventura Santos, quando ele afirma que a objetividade

decorre da aplicação rigorosa e honesta dos métodos de investigação que nos permitem fazer análises que não se reduzem à reprodução antecipada das preferências ideológicas daqueles que a levam a cabo. A objectividade decorre ainda da aplicação sistemática de métodos que permitem identificar os pressupostos, os preconceitos, os valores e os interesses que subjazem à investigação científica supostamente desprovida deles (...). É esta objectividade que permite dar conta adequadamente das diferentes e até contraditórias perspectivas e posições etc. que se defrontam quanto ao tema em análise. (Santos, 2001: 31)

Note-se que, nesse sentido, a objetividade não mais guarda qualquer relação com algo que chamemos de realidade, mas com a postura de quem leva a cabo o esforço de investigação. É, pois, um ideal a ser buscado. Por sua vez, a busca da objetividade não implica mais a neutralidade, mas sim a explicitação dos posicionamentos valorativos em nossa construção de conhecimento. Longe de se aproximar da neutralidade, o ideal da objetividade assim concebido se abre para o conhecimento científico comprometido com certos valores e com certos posicionamentos ético-políticos. Ou seja, a distinção entre objetividade e neutralidade permite que lutemos por um conhecimento acadêmico comprometido com a perspectiva de transformação daquilo que hoje suscita nossa indignação. Para tal, como diz Boaventura Santos, “a atitude do cientista social crítico deve ser a que se orienta para maximizar a objectividade e para minimizar a neutralidade” (Santos, 2001: 32).

A segunda consequência teórica diz respeito ao modo como compreendemos as possíveis relações entre nossas perspectivas de ação e as propriedades estruturais que, pelo menos em algumas perspectivas, constroem e limitam as possibilidades de ação. Durante algum tempo, as ciências sociais atravessaram um denso debate que de certa maneira colocava em confronto estruturalistas e agencialistas. Os primeiros se ocupavam de identificar as estruturas sociais, ou os princípios que estruturam as relações sociais, reconhecendo os limites postos por essas estruturas às possibilidades de ação humana. Os outros, de algum modo davam ênfase à agência humana, e sua possibilidade de transformar (ou construir) o mundo.

Algumas vezes esse debate se relacionou a dicotomia entre o macro e o micro. De um lado, alguns cientistas sociais afirmavam que os fenômenos sociais aconteciam em macrossituações sociais, devendo por isso ser nelas estudados. De outro, cientistas que partiam da premissa de que todos os fenômenos sociais emergem a

partir de microssituações sociais, devendo ser examinados nesse nível. Algumas vezes, os defensores de uma abordagem macrosocial defendiam também posições estruturalistas, enquanto que analistas de microssituações tendiam a se posicionar na perspectiva agencialista.

Creio que, para uma reflexão crítica, essas dicotomias precisam ser superadas. Tomada em sua forma mais pura, a posição estruturalista apresenta alguns riscos. O primeiro é a resignação: julgando conhecer as estruturas que efetivamente constroem as possibilidades da ação humana, corre-se o risco de aceitar que não há alternativas ao que é criticável na realidade. A consequência disso é, no limite, a impossibilidade do pensamento crítico. O segundo risco é o que chamo de fixação das estratégias de ação: convicto de que conhece os reais determinantes últimos dos fenômenos sociais, um grupo elabora sua estratégia para transformar o mundo, desqualificando antecipadamente qualquer outro fenômeno que eventualmente se origine de interpretações sobre as estruturas sociais. A consequência direta dessa postura, no limite, é uma forma de retórica da intransigência que se recusa a argumentar com quem não partilhe das mesmas premissas teórico-conceituais. De maneira arrogante, os defensores de tais posições podem, por fim, estabelecer que apenas suas estratégias devem ser postas em movimento, não percebendo eventuais convergências com outras formas de luta travadas alhures. O terceiro risco é uma forma de desresponsabilização: tendo identificado determinados obstáculos estruturais à transformação da realidade, e sem conseguir vislumbrar quaisquer perspectivas de que sua atuação venha a influenciar a superação dos obstáculos estruturais, constrói-se uma crença em uma espera passiva por tais transformações.

Esta postura se expressa em assertivas que delineiam as transformações sem as quais as mudanças seriam impossíveis, como, por exemplo, afirmar que sem uma profunda mudança na racionalidade médica, as perspectivas de efetiva transformação são nulas. Nessa crença, os sujeitos se sentem desobrigados a examinar suas ações cotidianas diante dos compromissos ético-políticos que defendem para as mudanças estruturais, correndo o risco de, no seu cotidiano, defender práticas que eventualmente reforçam aqueles obstáculos estruturais que sonham ver removidos.

Com relação a posição agencialista, que enfatiza as microssituações, corre-se o risco de uma postura voluntarista, ignorando os constrangimentos que a estrutura conforma. Outro risco dessa abordagem é, no limite, o de uma incapacidade de estabelecer quaisquer relações entre formas distintas de luta que se desencadeiam em espaços-tempo distintos, produzindo uma fragmentação.

Impõe-se, pois, a superação da dicotomia entre estrutura e ação. De fato, alguns autores têm oferecido significativas contribuições nesse sentido. Limito-me aqui a mencionar: alguns elementos da teoria da estruturação de Anthony Giddens e outros da formulação de Boaventura Santos.

Giddens, em sua teoria da estruturação, fala em dualidade da estrutura:

A constituição de agentes e estruturas não são dois conjuntos de fenômenos dados independentemente – um dualismo –, mas representam uma dualidade. De acordo com a noção de dualidade da estrutura, as propriedades estruturais dos sistemas sociais são, ao mesmo tempo, meio e fim das práticas que elas recursivamente organizam. A estrutura não é ‘externa’ aos indivíduos: enquanto traços mnemônicos e exemplificada em práticas sociais, é, num certo sentido, mais ‘interna’ do que externa às suas atividades, num sentido durkheimiano. Estrutura não deve ser equiparada a restrição, a coerção, mas é sempre, simultaneamente, restritiva e facilitadora. (Giddens, 2003: 30)

As idéias de Giddens destacam que a reprodução (e a modificação) das propriedades estruturais se faz na medida em que elas se aplicam nas práticas sociais. Assim, do mesmo modo como a estrutura de uma linguagem se reproduz e se modifica a cada uso, é por meio da ação dos agentes humanos que se estruturam os sistemas sociais e as instituições. O que não quer dizer que esses agentes tenham a capacidade de intencionalmente orientar as propriedades estruturais em um sentido específico. As ações humanas, segundo Giddens, produziriam grande número de conseqüências impremeditadas, que exerceriam importante papel na reprodução das propriedades estruturais. No entanto, examinar essas conseqüências das nossas ações é uma das formas de ampliar nossa capacidade, necessariamente limitada, de disparar processos que tenham a intenção de suscitar transformações nos princípios estruturais.

Para ilustrar essas idéias de Giddens, tomo uma interpretação corrente no debate sobre o modelo assistencial: com freqüência se afirma que o arranjo da racionalidade médica, com sua ênfase na lesão que caracteriza a doença, produz inexoravelmente (como se fosse uma propriedade estrutural) o reducionismo do sujeito à sua lesão. Mas se olharmos esse argumento instrumentalizado pela noção de dualidade da estrutura, diríamos que a racionalidade médica não existe senão por meio dos exemplos de sua aplicação e nos traços por ela deixados na memória dos profissionais que a aplicam. Por outro lado, esta racionalidade se reproduz (e se modifica) cotidianamente a cada uso que dela se faz em situações concretas. Do mesmo modo, a redução do sujeito a sua lesão pode ser reproduzida no cotidiano.

Por exemplo, é possível que cada vez que um professor, interessado em identificar no hospital os pacientes que apresentem, em certo momento, um aumento daquele órgão, para que sirvam ao aprendizado de seus alunos sobre as técnicas de palpação do fígado, entra em uma enfermaria e pergunta “tem um fígado bom aqui?”, ele pode atuar de modo decisivo para a reprodução dos princípios que regem a redução dos sujeitos a objetos.

É claro que esse exemplo evoca uma importante relação de poder entre professor, alunos e pacientes internados na instituição que se presta a servir de local para as práticas de ensino. Alguém poderia ver nisso uma forma inexorável de exploração e manipulação dos corpos em benefício dos futuros médicos, por exemplo. Contudo, isto não é necessariamente assim. Giddens destaca, falando do poder, que

Não devemos conceber as estruturas de dominação firmadas em instituições sociais como se de alguma forma produzissem laboriosamente ‘corpos dóceis’ que se comportam como os autônomos sugeridos pela ciência social objetivista. O poder em sistemas sociais que desfrutam de certa continuidade no tempo e no espaço pressupõe relações regularizadas de autonomia e dependência entre atores ou coletividades em contexto de interação social. Mas todas as formas de dependência oferecem alguns recursos por meio dos quais aqueles que são subordinados podem influenciar as atividades de seus superiores. (Giddens, 2003: 18-29)

Em certo sentido, é exatamente no exame dessas estratégias dos subordinados, que Giddens denomina de ‘dialética do controle’, que podemos encontrar elementos para pensar estratégias de mudança.

Penso que uma importante contribuição de Giddens diz respeito à abertura que sua teoria da estruturação dá para uma forma de exame das alternativas que dispomos para lutar dia a dia valendo-se de condições subalternas por processos de mudança que nos parecem significativos. Creio, também, que ele nos convida a compreender os limites da nossa capacidade de intencionalmente conduzir um processo de mudança. Não dispomos, como agentes humanos, da possibilidade de condução racional da vida social, embora possamos lutar por certas transformações. Mas a nossa luta sempre se fará com base em um entendimento teórico bastante restrito de nossas próprias ações. Daí a importância de um esforço sistemático de exame das possíveis conseqüências impremeditadas de nossas ações.

Boaventura Santos apresenta outra opção para a superação da dicotomia entre estrutura e ação, que também é de interesse para o presente trabalho. Conceituando ‘poder’ como “qualquer relação social regulada por uma troca desigual” (Santos,

2001: 266), esse autor reconhecerá que existem diversas formas de poder que atuam em constelações, ou seja, sempre combinados entre si.

Santos propõe que

a interação social nas sociedades capitalistas desenvolve-se à volta de seis modos de produção de prática social: os seis espaços estruturais. Ao nível mais abstracto, um modo de produção de prática social é um conjunto de relações sociais cujas contradições internas lhe conferem uma dinâmica endógena específica. (Santos, 2001: 277)

Se cada modo de produção de práticas tem uma dinâmica interna que lhe é própria, por outro lado, os espaços se relacionam entre si de maneiras específicas, de modo que os poderes não se exercem isoladamente, mas em constelações, ou seja, em conjuntos articulados. Diz o autor que as constelações de poderes “tanto fixam fronteiras como abrem novos caminhos. Enquanto fixadoras de fronteiras, são inibidoras, e, enquanto indutoras de novos caminhos, são permissoras” (Santos, 2001: 268).

Na perspectiva do autor,

o que faz uma relação social, um exercício de poder é o grau com que são desigualmente tratados os interesses das partes na relação ou, em termos mais simples, o grau com que A afecta B de uma maneira contrária aos interesses de B. (Santos, 2001: 269)

Mas ele não se contenta em descodificar as relações de poder; mas considera central para a teoria crítica o esforço de pensar a idêia de emancipação relativa às relações deste.

A emancipação é tão relacional como o poder contra o qual se insurge. Não há emancipação em si, mas antes relações emancipatórias, relações que criam um número cada vez maior de relações cada vez mais iguais. As relações emancipatórias desenvolvem-se, portanto, no interior das relações de poder, não como resultado automático de uma qualquer contradição essencial, mas como resultados criados e criativos de contradições criadas e criativas. Só através do exercício cumulativo das permissões ou capacitações tornadas possíveis pelas relações de poder (o modo de abertura-de-novos-caminhos) se torna viável deslocar as restrições e alterar as distribuições, ou seja, transformar as capacidades que reproduzem o poder em capacidades que o destoem. (Santos, 2001: 269)

Creio que esse ferramental teórico proposto por Boaventura Santos pode nos ser útil na medida em que nos permite uma reflexão crítica em situações concretas que, para além do reconhecimento das contradições dadas, isto é, existentes, reconhece possibilidades de criar de modo criativo contradições potencialmente



existentes naquela situação. Com esse ferramental em mente que examinarei algumas características que aparentemente configuram o trabalho e a formação em saúde, buscando caracterizar as relações de poder nelas existentes e as possibilidades de criarmos relações emancipatórias com base nessas relações de poder.

Selecionei para este exercício de reflexão crítica três características que, em um pensamento estruturalista que pretendo contribuir para superar, poderiam ser designadas como estruturais: a medicalização da sociedade (ou melhor, a normatização da vida pela ação dos profissionais da saúde); a racionalidade médica (aqui entendida não como a racionalidade dos médicos, mas como a racionalidade de um saber que parece conformar tanto o trabalho como a formação dos profissionais da saúde); e os processos de acumulação do capital no setor Saúde.

Advirto que, ao assumir essa abordagem, sou levado a privilegiar a medicina, não propriamente por uma escolha, mas sim pela constatação de que, embora os três eixos escolhidos atravessem todas as formas de trabalho contemporâneo em saúde, eles se desenvolveram primordialmente no que diz respeito à medicina. A idéia não é falar apenas desta área de atuação, mas tomá-la como metáfora de questões análogas que envolvem outras atuações profissionais.

A escolha desses três eixos guarda certa relação com algumas teses políticas presentes no senso comum dos que hoje lutam por transformações no sistema de saúde. Ainda que de modo simplista, essas teses são centrais à crítica do que por vezes é chamado de ‘modelo assistencial hegemônico’: centrado no hospital e na doença, privatista (o que faz da saúde uma mercadoria com visando ao lucro), com profissionais advindos de uma formação que privilegia a ciência tal como é exercida no laboratório ou no hospital, e voltada para a especialização em sistemas ou partes do corpo humano.

Antes, porém, de iniciar o exame desses eixos, julgo ser importante explicitar de modo mais direto os valores que dão sentido a esta reflexão, valores que vêm sendo defendidos por um segmento bastante expressivo da sociedade brasileira (o que confere um caráter radicalmente etnocêntrico ao mesmo).

## SOBRE ALGUNS VALORES QUE PENSO MERECEM SER DEFENDIDOS

Em primeiro lugar, cabe explicitar um posicionamento valorativo mais geral, e mais fundamental: o que considera a vida como valor em si, que merece ser incondicionalmente defendida. Esta posição já estava enunciada, na forma poética, na epígrafe deste trabalho. Retirada do final do conhecido poema de João Cabral de Melo

Neto, “Morte e Vida Severina”, o trecho destacado apresenta a resposta final de um morador de um mocambo de Recife (João, mestre carpina), cujo filho tinha acabado de nascer, em seu diálogo com o retirante (Severino). Este último, diante do rio concreto a sua frente, e diante do mar de misérias que testemunhava, indagava ao mestre carpina (e se indagava) se não seria melhor pular fora da ponte e da vida. O mestre reconhecia a amplitude do mar de miséria, mas julgava que para cruzar esse mar valia todo esforço. Mais do que isso, ele achava que o combate a este mar deveria se fazer sempre, de qualquer maneira, porque de outro modo se alargaria e destruiria a terra inteira. Mesmo com toda a sua sabedoria o mestre não parecia conseguir dar resposta ao retirante. Foi quando o diálogo foi interrompido pela notícia do nascimento do filho do mestre, para ser retomado pouco depois pela resposta destacada na epígrafe.<sup>1</sup>

Nela o poeta expressa aquilo que em linguagem mais acadêmica poderia ser designada como o ‘caráter autopoietico da vida’: a capacidade da vida de se desfiar tecendo-se, de teimosamente se produzir, de se brotar. A vida, em sua capacidade autopoietica, é um valor em si, um valor pelo qual vale a pena lutar.

Georges Canguilhem, em seu clássico *O Normal e o Patológico*, afirmava que a vida é normativa, visto que ela mesma estabelece os limites entre os quais sua continuidade é possível. Daí conceber o patológico como um modo de andar a vida diferente do modo de andar a vida que caracteriza o normal: o modo patológico seria um estreitamento dos limites nos quais a vida é possível. Tomando-o por base, podemos conceber que a atuação dos profissionais da saúde deveria se pautar pelo esforço de alargar os limites nos quais a vida é possível, removendo ou resistindo a tais estreitamentos, ou, se tal não for possível, a regular a vida no esforço de mantê-la dentro desses limites patologicamente estreitados. E isso independentemente de os estreitamentos da vida terem sido produzidos pela miséria socialmente construída (uma vida severina que apequena a explosão da vida) ou de ser produzida de modo independente da miséria. Seria esse o sentido ético-político mais fundamental que deveria orientar o trabalho e a formação em saúde.

<sup>1</sup> Reproduzo os trechos do poema que servem de base para a leitura aqui apresentada:

– Severino, retirante, o meu amigo é bem moço sei que a miséria é mar largo, não é como qualquer poço mas sei que para cruzá-la vale bem qualquer esforço. (...)

– Severino, retirante, o mar de nossa conversa precisa ser combatido, sempre, de qualquer maneira, porque senão ele alarga e devasta a terra inteira. (...)

– Seu José, mestre carpina, que diferença faria se em vez de continuar tomasse a melhor saída a de saltar, numa noite, fora da ponte e da vida?

Por partilhar essa perspectiva, opto aqui por iniciar as reflexões propriamente ditas sobre o trabalho em saúde não por um exame da ontologia do trabalho, mas pelo conceito mais amplo de cuidado. De fato, inscrevo o trabalho em saúde no campo mais amplo das práticas sociais de cuidado.

Uso aqui a noção de ‘práticas de cuidado’ para designar o conjunto de práticas sociais que se constituem como esforços (ou tentativas) de assegurar a continuidade da vida, quer da vida de indivíduos, quer da vida de um grupo social, quer da vida da espécie.<sup>2</sup> Nesse sentido, cuidar é algo inerente à vida humana. Trata-se, portanto, de uma noção bastante ampliada.

Privilegiar a noção de cuidado sobre a noção de trabalho, a meu ver, abre a possibilidade de examinar as constelações de poder que as atravessam, bem como as lutas que se travam no interior das relações de poder visando a estabelecer algum grau de emancipação. Para ilustrar essa possibilidade, analisemos, por exemplo, uma típica prática de cuidado: o aleitamento materno.

Embora amamentar os filhos seja um traço característico da espécie humana (e dos mamíferos em geral), o aleitamento materno não é um acontecimento natural, mas se configura como uma prática social estruturada de modo bastante complexo. Uma primeira observação é que o conhecimento do médico, assim como o de outros profissionais da saúde, hoje recomenda a prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, e que o aleitamento materno complementado por outros alimentos deve continuar até bem mais tarde. Interessante observação, pois ela já reflete uma característica recente da atuação dos profissionais da saúde, que estão postos em um lugar de onde estabelecem recomendações sobre como as mulheres devem cuidar de seus filhos. Basta isso para já pôr em evidência a radicalidade da medicalização da vida em curso.

O aleitamento materno é uma prática de cuidado que transcorre no espaço doméstico, sendo obviamente feminina. Contudo, a forma mais simples (e considerada desejável, salvo em algumas situações específicas) é que a mãe deve estar junto à criança ao longo do dia e da noite. Isto não é propriamente um problema na nossa sociedade se a mulher não precisa trabalhar para viver, ou seja, se ela vive com os frutos do trabalho de seu companheiro, ou de outros familiares. Mas se a mulher

---

<sup>2</sup> Tomo essa noção de cuidado de empréstimo de Marie-Françoise Collière (1999). Contudo, não me ocupo aqui de fazer a história das práticas de cuidado ao longo do tempo, ou mesmo de pôr em exame o trajeto de tais práticas feito por aquela autora. Tampouco me disponho a reduzir essa noção de cuidado às práticas dessa ou daquela categoria profissional.

precisa trabalhar fora para viver, a possibilidade do aleitamento materno pode encontrar as barreiras postas por outros espaços que não o doméstico, como o espaço no qual se dá a produção (a fábrica, por exemplo).

O reconhecimento da importância do aleitamento materno (ao lado da importância de outras práticas de cuidado da mãe para com o recém-nascido) levou-nos a uma forma de regulamentação, pelo Estado, que assegura o afastamento remunerado da mulher por um período de tempo próximo ao nascimento de seu filho ou filha. Vencido esse período, as possibilidades do aleitamento se estreitam. Se a mãe trabalha formalmente em uma empresa com certo número de empregados, existem dispositivos legais que tornam obrigatória a existência de espaços de cuidados para a criança junto ao ambiente de trabalho da mãe, bem como em mudança de seu processo de trabalho de modo a se tornar compatível com o aleitamento. Mas se a mãe trabalha em algumas instituições públicas, ela pode ter o direito de prolongar a licença-maternidade até que a criança complete os seis meses, desde que ela continue o aleitamento materno. Embora vista como uma conquista dessas mães trabalhadoras, essa prorrogação se faz muitas vezes condicionada ao aval de um médico perito, que, em situações limites, faz questão de testemunhar o aleitamento antes de autorizar a prorrogação.

A construção desses dispositivos – a licença-maternidade, a licença de amamentação, ou a existência de creches nos locais de trabalho – resultaram de lutas dos trabalhadores, ou melhor, das trabalhadoras, explorando as tensões e contradições com seus patrões (ou patroas). Ou seja, são o produto de uma luta contra a exploração que constrange as práticas de cuidado. Mas as soluções dadas se fizeram com a intermediação do Estado, por meio de dispositivos previdenciários. Portanto, há que se lembrar que muitas mulheres brasileiras, que necessitam trabalhar para viver mas que não estão incluídas nos arranjos previdenciários, tenham constrangimentos absolutamente concretos e, no limite, intransponíveis para o aleitamento materno exclusivo recomendado pelos profissionais da saúde. Cabe advertir que, para essas mulheres, a recomendação enérgica, por exemplo, do aleitamento materno como prática de cuidado ideal, que demonstra o amor da mãe pelo filho e que é capaz de produzir muitos benefícios para a vida da criança, pode produzir como conseqüência não necessariamente premeditada um sentimento de culpa e/ou um sofrimento adicional dessa mulher, que se vê diante da impossibilidade de amamentar seu filho.

Voltando ao afastamento da mulher de seu filho, produzido pela necessidade do trabalho, é claro que a utilização de tecnologias relativamente simples pode

permitir a extração do leite materno e sua conservação adequada para que outra pessoa que não a mãe administre-o à criança durante o período de trabalho da mãe. Tais práticas dependem, contudo, de algumas informações e cuidados, sendo consenso que cabe aos profissionais da saúde orientar os procedimentos adequados, assim como a disponibilidade de outras pessoas para cuidar da criança. Por sua vez, a possibilidade de não adotar o aleitamento materno exige a disponibilidade de outras formas de alimentação compatíveis com a vida do recém-nato. Tal possibilidade guarda certa relação com o desenvolvimento e a disponibilização no mercado de formas de leite não humano passíveis de ser utilizadas pelos recém-nascidos.

Vemos aqui em ação um importante segmento da indústria alimentícia – a indústria de leites e de alimentos para a infância. Em tempo não muito distante, a atuação desse segmento da indústria, em seu esforço de expansão do mercado, cooptou profissionais da saúde e mobilizou grandes arsenais do que hoje chamamos de *marketing*, a fim de restringir a prática do aleitamento materno, a tal ponto que hoje essa prática precisa ser incentivada. Contudo, hoje, em muitos rótulos de leite em pó, assim como em alguns de produtos alimentícios destinados ao uso da criança pequena, aparecem advertências sobre as vantagens do aleitamento materno exclusivo. Na forma vigente entre nós, por exemplo, no caso dos leites desenvolvidos especialmente para uso nos menores de seis meses, no rótulo consta a recomendação de que o produto só deve ser utilizado se prescrito por médico ou por nutricionista.

Tais advertências foram estabelecidas também por mediações do Estado, por intermédio de regulamentos específicos e representam a conquista (mesmo que parcial e restrita) decorrente de outra luta contra aquelas estratégias mercadológicas da indústria alimentícia, que subordinavam as práticas de cuidado aos interesses de mercado, descolando-se do valor maior da vida. Ao mesmo tempo, essa conquista reforça o lugar dos profissionais da saúde: só neles se deve confiar para se definir a necessidade de substituir o leite materno. E mais ainda: a advertência reflete a luta particular dos nutricionistas por se colocarem no mesmo patamar dos médicos no que diz respeito a essa recomendação.

Já se disse que hoje em dia o aleitamento materno é considerado por muitos profissionais da saúde de grande importância. Contudo, o próprio arranjo das práticas de saúde nas instituições médicas (como os hospitais) muitas vezes continua sendo um importante limitador do aleitamento materno. De um lado, práticas tradicionais que reservavam para qualquer recém-nascido um espaço no hospital

(o berçário) distinto do reservado às mães no puerpério (o quarto ou a enfermaria), práticas predominantes que até há pouco criavam dificuldades para se instaurar o aleitamento materno. As práticas de administração oral de glicose ao recém-nato, bem como a indicação de leite não humano por parte de profissionais da saúde, mesmo diante de mulheres que desejavam e teriam condições de amamentar seus filhos ou filhas, também operavam a fim de estabelecer fronteiras ao aleitamento materno. Fronteiras, aliás, coerentes com os interesses das indústrias alimentícias.

Diante disso, surgiu outra luta, travada no âmbito das instituições médicas, objetivando a transformação das práticas: a criação do alojamento conjunto (mãe-bebê), a discussão com as mulheres no pré-natal sobre as vantagens do aleitamento materno, as orientações sobre o preparo da mama para o aleitamento também no pré-natal, as orientações sobre a técnica do aleitamento (com atenção especial para a embocadura), a introdução do tema nos cursos dos profissionais da saúde, bem como iniciativas da gestão (como o hospital amigo da criança).

Por sua vez, em algumas situações específicas, há contra-indicações médicas a que uma mulher dê seu leite ao filho ou filha. Trata-se de um estreitamento produzido em geral por certas patologias. Embora existam no mercado produtos adequados à alimentação dos bebês dessas mães, ainda assim surgiram esforços para possibilitar o aleitamento materno a essas crianças; esforços que incentavam a solidariedade de outras mães: as tecnologias de formação dos bancos de leite humano.

O exemplo da prática do aleitamento materno serve para mostrar uma prática social estruturada. Ela é produzida e reproduzida em relações sociais. Chamo a atenção para as profundas interconexões entre planos ou espaços distintos nos quais se dão essas relações sociais e que, em seu conjunto, terminam por configurar certa prática social. Mesmo uma breve análise da prática do aleitamento materno (como a esboçada antes) permite apreender a 'estrutura em ação'.

O aleitamento materno, em sua configuração atual, é uma prática de cuidado não profissional. Mas é uma prática que atualmente depende de uma gama de atuações e posicionamentos dos profissionais da saúde, a fim de incentivá-la, senão de ensiná-la. Mas que depende de um amplo conjunto de relações de poder e de relações de emancipação, que seguem em disputa.

Portanto, as práticas do cuidado, tal como as concebo aqui, não são necessariamente práticas profissionais, mas as práticas dos que hoje chamamos de 'profissionais da saúde' se inscrevem entre as práticas de cuidados. O que talvez seja uma das características de nossa sociedade é que nela um significativo conjunto de

práticas de cuidado é desenvolvido por profissionais, constituindo formas de trabalho em saúde. Outro traço marcante é que, mesmo as práticas de cuidados que continuam sendo feitas por não-profissionais são em grande medida organizadas ou pautadas pelos profissionais da saúde. Ou seja, além de exercerem um conjunto significativo das práticas de saúde, os profissionais influenciam direta ou indiretamente muitas outras. E tais práticas se fazem predominantemente sob a égide de uma racionalidade médica com características específicas, e da atuação de corporações de profissionais que lutam continuamente por estabelecer, nas instituições de saúde, certa ordem (que diríamos ser uma ordem médica).

Uma última característica marcante é que tais práticas dos profissionais da saúde, na nossa sociedade capitalista, se fazem muito marcadas pela atuação de um complexo industrial em escala global, que faz dessas práticas de cuidado o lugar de consumo de mercadorias, quando não elas mesmas se tornam mercadorias. São esses os eixos que devemos tomar para analisar as possibilidades de transformar o trabalho em saúde em produtor de um cuidado centrado na defesa da vida e na construção de relações cada vez mais iguais.

## A MEDICALIZAÇÃO E A CONSTRUÇÃO DE UMA ORDEM MÉDICA NA VIDA SOCIAL

O termo ‘medicalização’ tem hoje seu uso corrente muitas vezes associado à idéia de um uso exagerado de medicamentos. Aparentemente, esse significado é óbvio, quer pela proximidade dos radicais das duas palavras (medicamento e medicalização), quer pela fácil constatação da importância dos medicamentos nas práticas de cuidado correntes. Contudo, utilizo aqui o termo medicalização em um sentido completamente dissociado do padrão de uso de medicamentos: quero com ele designar um processo mais longo de invasão da vida social pela medicina, ou melhor, pelo saber médico. Processo intimamente ligado à construção do lugar social da atuação dos profissionais da saúde, a começar pelo médico, e a partir do qual esses profissionais se engajam na construção de uma ordem social médica.

Esse processo é anterior ao padrão de uso atual dos medicamentos, e continua vigente. O estranhamento que porventura podemos sentir com o uso do termo medicalização dissociado do uso de medicamentos é em si um signo de embotamento da nossa capacidade de refletir criticamente sobre as relações de poder e de emancipação que subjazem às práticas de cuidados. Exatamente por isso, tomo como ponto de partida a advertência feita por Roberto Machado e colaboradores (1978):

Tornou-se um hábito situar como fundamental a oposição entre cura e prevenção, entre uma medicina individual e uma medicina social. Uma representando o lado arcaico, tradicional da assistência médica até hoje dominante; a outra, a nova racionalidade emergente, produto da lucidez médica que assume o seu compromisso com o povo, que até hoje não tem podido se efetivar e permanece dominada. Oposição, portanto, entre indivíduo e sociedade, que não funciona, é claro, em termos absolutos ou exclusivos na medida em que a atenção médica em termos clínicos, individuais, não pode ser abolida. Mas que expressa uma subordinação, um comando, uma prioridade. É importante, porém, não se deixar enganar. O que hoje é reivindicado como exigência da modernidade, de progresso, de radicalidade pode na verdade representar unicamente a atualização de um velho projeto elaborado no passado e constitutivo da configuração de poder contra a qual justamente se pretende lutar. (Machado et al., 1978: 153)

Entendamos bem a advertência: no final da década de 1970, quando se iniciavam as articulações que deram origem ao chamado ‘movimento da Reforma Sanitária’, difundiu-se (pelo menos entre os que se dispunham a lutar contra a situação da medicina em um país capitalista como o nosso) a idéia de resgatar a medicina social como uma proposta alternativa em defesa da saúde da população. Tratava-se de enfatizar as ações preventivas, criticar a centralidade da noção de doença e a ineficácia das ações da medicina individual e assistencial, construídas sob bases capitalistas. Machado e colaboradores, contudo, realizando uma investigação histórica sobre as relações entre a medicina e a estrutura social, identificaram, no início do século XIX, no Brasil, a emergência de uma medicina mais preocupada em prevenir do que em remediar, que se voltava mais para a saúde (que tinha na noção de salubridade um de seus conceitos centrais) e que ademais compreendia as relações entre a vida social e a saúde. Contudo, essa medicina social do início do século produziu um radical processo de medicalização da sociedade. Como afirmam os autores,

O que se tem chamado de medicalização da sociedade – processo que na atualidade cada vez mais se intensifica – é o reconhecimento de que a partir do século XIX a medicina em tudo intervém e começa a não mais ter fronteiras; é a compreensão de que o perigo urbano não pode ser destruído unicamente pela promulgação de leis ou por uma ação lacunar, fragmentária, de repressão aos abusos, mas exige a criação de uma nova tecnologia de poder capaz de controlar os indivíduos e as populações tornando-os produtivos ao mesmo tempo que inofensivos; é a descoberta de que, com o objetivo de realizar uma sociedade sadia, a medicina social esteve, desde a sua constituição, ligada ao projeto de transformação do desviante – sejam quais forem as especificidades que ele apresente – em um ser normalizado; é a certeza de que a medicina



não pode desempenhar esta função política sem instituir a figura normalizada do médico, através sobretudo da criação de faculdades, e produzir a personagem desviante do charlatão para qual exigirá a repressão do Estado. As técnicas de normalização – que instituem e impõem exigências da ordem social como critérios de normalidade, considerando anormal toda a realidade hostil ou diferente – aonde foram refletidas e aplicadas pela primeira vez no Brasil senão na medicina do século XIX que se autodefiniu como uma medicina política? Medicina que medicalizou a sociedade mesmo que até hoje não tenha conseguido medicá-la. (Machado et al., 1978: 156)

Não é hora nem lugar de examinar em maiores detalhes esse processo de medicalização, que instituiu elementos ainda presentes no trabalho em saúde hoje. Mas talvez seja oportuno, para os propósitos deste trabalho, destacar alguns de seus traços.

Este processo envolveu a adoção, por parte dos médicos, de algumas estratégias de luta. Tratava-se, antes de mais nada, de estabelecer um quase monopólio do saber sobre as questões de saúde. A tarefa de auto-afirmar a competência exclusiva para lidar com os perigos à saúde envolveu um processo de normalização da formação profissional, criando escolas e definindo uma forma de corporação: somente os egressos dessas escolas estariam habilitados a se posicionar e a atuar nas questões da saúde. A corporação aqui nasce de um ato de auto-afirmação da autoridade cognitiva que a funda, e possui uma lógica que poderia ser resumida em uma frase: “só nós temos a autoridade de falar sobre a saúde, porque só nós sabemos, e sabemos porque só nós estudamos nas escolas que nós criamos”.

Quaisquer outros que com argumentos ou ações questionassem esse monopólio deveriam ser enfrentados e desqualificados. Compreende-se assim a segunda estratégia posta em movimento pelos médicos daquela época: trata-se de combater e cobrar a ação repressora do Estado contra aqueles que de algum modo contestassem o monopólio do exercício do saber sobre a saúde. É nesse contexto que se inscreve a caça aos charlatões, bem como as primeiras lutas contra a homeopatia no Brasil. A primeira integra o esforço de desqualificar e de se diferenciar de um conjunto de sujeitos que, não sendo médicos, exerciam práticas de cuidado com promessas de sucesso. Mais do que examinar a falsidade dessa promessa de sucesso (uma das estratégias argumentativas dessa luta dos médicos contra a figura do charlatão), tal combate se fazia, sobretudo, na tentativa de negar quaisquer possibilidades de avaliar um sucesso prático, senão com base no saber médico devidamente controlado pela corporação. A luta contra os homeopatas assume caráter particular, pois nesse caso se fez contra um outro saber médico, que se organizava

na época como um conjunto de conhecimentos no mínimo tão consistentes quanto ao que servia de base à ação dos demais médicos.

Por fim, uma terceira estratégia médica adotada visando à afirmação do monopólio incluiu o esforço de posicionamento de médicos em espaços institucionais no campo político, considerados estratégicos para se apresentarem à sociedade (pelo menos a parte da sociedade que influía na política). Desde este lugar, procuravam os médicos atuar no intuito de chamar a si a responsabilidade de examinar e formular as melhores alternativas para as questões de saúde de nosso povo – passo-chave tanto para a visibilidade da medicina pela sociedade, como fundamental para a articulação dos interesses propriamente médicos com aquilo que poderia ser apresentado como se fosse o interesse do Estado. Em outros termos, tratava-se aqui da tentativa de apresentar os próprios interesses como se fossem de todos.

Em síntese, identificamos no século XIX um projeto ético-político da medicina que se apresentava por meio da adoção de uma estratégia centrada na autoafirmação de certa autoridade cognitiva e na busca de uma legitimidade social para essa autoridade. Projeto que, temos que reconhecer, foi bem-sucedido, tanto no intuito de alcançar a sonhada legitimação, como no de oferecer um modelo de luta política para uma série de categorias profissionais da saúde. Modelo que ainda hoje interfere nas práticas de cuidado feitas pelos profissionais da saúde.

Voltando à medicalização da sociedade posta em movimento no século XIX entre nós, ressalto, também, a construção de normas sociais, que se apresentavam como derivadas do conhecimento médico. Tal construção se fez pelo uso de novas tecnologias de poder que, ao contrário da ênfase na punição que até então caracterizava as tentativas de controle da população da Colônia, procuravam instituir no interior dos próprios sujeitos os dispositivos que transformavam seu comportamento. O conhecimento que serviu de base para a produção dessas normas sociais foi a higiene. Esta atuou pelo enquadramento interno dos sujeitos, isto é, pela mobilização de sentimentos, como o medo (medo não da autoridade, mas da própria doença) e a culpa, produzindo um processo de subordinação dos sujeitos às normas.

Tendo por base a higiene, a medicina ampliou seu horizonte de atuação, alcançando todo o espaço urbano. Como afirma Jurandir Freire Costa (1979: 30),

a medicina apossou-se do espaço urbano e imprimiu-lhe as marcas do seu poder. Matas, pântanos, rios, alimentos, esgotos, água, ar, cemitérios, quartéis, escolas, prostíbulos, fábricas, matadouros e casas foram alguns dos inúmeros elementos urbanos atraídos para a ordem médica. A higiene revelava a dimensão médica de quase todos estes fenômenos físicos, humanos e sociais, e construía para cada um deles uma tática específica de abordagem, domínio e transformação.

A ordenação do espaço urbano era tema importante para o Estado. Contudo, como em outros lugares,

a higienização das cidades, estratégia do Estado moderno, esbarrava freqüentemente nos hábitos e condutas que repetiam a tradição familiar e levavam os sujeitos a não se subordinarem aos objetivos do Governo. A reconversão das famílias pela higiene tornou-se uma tarefa urgente dos médicos. (Costa, 1979: 30-31)

Portanto, como parte do esforço da medicina de então para se aproximar do que pareciam ser os interesses do Estado, a família passa a ser também um objeto da intervenção médica.

A higiene familiar, além de se inserir na estratégia de busca da legitimidade diante dos governantes, também se inscrevia no esforço de autodiferenciação da medicina diante de outras tantas práticas de cuidado. Deve-se lembrar que na época colonial, como bem lembra Costa (1979), a superioridade da medicina científica diante de outras práticas de cuidado não era evidente, de modo que a medicina científica não contava anteriormente com o reconhecimento social. Como afirma Costa (1979: 77).

Nesse sentido uma das mais importantes conquistas do movimento higienista foi a imposição da figura do médico à família. Fazendo-se adotar por esta instituição, o médico combatia o desprestígio social de que era vítima e produzia uma nova fonte de benefícios econômicos. Pouco a pouco, como observou Gilberto Freyre, o confessor e o filho-padre foram sendo substituídos por essa figura carinhosa e firme, doce e tirânica, o médico da família.

Uma das conseqüências dessa atuação da higiene sobre a família, mas também sobre os indivíduos, foi a de colocá-la (e aos indivíduos) sob a contínua tutela médica. A premissa da superioridade do conhecimento médico supostamente científico diante das outras formas de conhecimento implica a desqualificação das pessoas para as práticas do cuidado. É exatamente em conseqüência da afirmação dessa incapacidade que se afirma a figura do médico. Além disso, Costa chama a atenção que “a norma familiar produzida pela ordem médica solicita de forma constante a presença das intervenções disciplinares por parte dos agentes da normalização” (Costa, 1979: 15). É como se os indivíduos não mais soubessem se cuidar, cuidar de sua família, cuidar de sua saúde e cuidar da saúde de sua família. O cuidado passou a ter que ser ensinado, acompanhado, vigiado.

Alguns críticos viram nesse processo uma forma de expropriação da saúde, na medida em que, uma vez constituída a ordem médica na vida social, os indivíduos

não parecem mais ser capazes do cuidado de si, passando a ter uma dependência do conhecimento dos profissionais. Se essa expressão mostra com clareza o resultado prático desse processo de normatização médica da vida social, no intuito de indicar o desaprendizado da arte de cuidar a que foram submetidas as pessoas, ela traz em si, entretanto, a idéia de uma perda absoluta. A violência desse processo de medicalização se expressa na necessidade que passam a sentir, de serem tuteladas no que diz respeito à sua saúde (e, portanto, a sua vida). Por exemplo, o amamentar deixa de ser algo sabido desde sempre para ser uma técnica a ser ensinada; a começar pelo ensino ministrado aos profissionais da saúde.

Em outros termos, diante do saber médico, são silenciados todos os demais conhecimentos sobre as práticas do cuidado. Contudo, nesse processo, a população vai, aos poucos, se apropriando desse novo saber. A forma dessa apropriação, contudo, não produz a emancipação – ou seja, não reduz a desigualdade instaurada entre o profissional que sabe e o não-profissional. Pelo contrário, essa apropriação do novo conhecimento se faz de modo a reproduzir e ampliar esta desigualdade, estabelecendo uma relação de dependência permanente, de tutela, de vigilância contínua. Por isso prefiro falar simplesmente em colonização por um saber médico.

Este foi o percurso do projeto político-científico da higiene médica: um percurso de colonização da família e dos indivíduos. Percurso que, entretanto, é refeito, ainda hoje, embora com outras bases de conhecimento. Em outros termos, do mesmo modo como as estratégias de luta corporativa centrada na autoridade cognitiva continuam a ser adotadas na atualidade, este percurso político-científico continua sendo percorrido hoje. Costa, refazendo a seu modo (e falando especificamente da tutela profissional da família) a advertência de Machado sobre o risco de fortalecermos com nossas práticas de cuidado a constituição de poder contra a qual desejávamos lutar, afirma que os especialistas encarregados de reeducar terapêuticamente a família não se dão conta de que a terapêutica educativa que praticam tem conseqüências imprevistas (Giddens diria impremeditadas), que terminam por reforçar aquilo a que supostamente visam a superar.

Presos à ideologia do ‘cientificismo’, acreditam na isenção política de suas práticas profissionais. Por esta razão, jamais procuram rever as matrizes sociais da ciência que orienta os postulados teóricos e técnicos destas práticas. Pelo contrário, permanecem atados ao ‘cientificismo’. Redobram as medidas de controle terapêutico. (...) Pedem, prescrevem e exigem mais exercícios físicos, mais educação sexual, mais ginásticas mentais e mais esforços intelectuais. Não vêem, ou fingem não ver, que, como atesta a evolução higiênica da família, todas estas injunções revertem, inevitavelmente, em maior disciplina, maior vigilância e maior repressão. (Costa, 1979: 16)

Caracterizamos o processo de medicalização da vida social com base na sua primeira manifestação em nossa história: o projeto higienista. Projeto que não estava centrado na doença tal como entendemos hoje, nem no consumo de insumos para as práticas de cuidado. Pelo contrário, moveu-o uma preocupação com a salubridade, com a prevenção. Projeto que se prestou aos serviços interesses da burguesia, e que ativamente buscou uma convergência com o que parecia ser o interesse do Estado. Mas que também defendeu os interesses dos médicos. Entretanto, o fizemos utilizando dois autores que nos alertam para as possibilidades de repetições e recorrências de estratégias e táticas, também produtoras da colonização das vidas.

Os alertas são de grande atualidade nesses tempos de ampla defesa da promoção da saúde (para além da simples prevenção), de tantos defensores da vigilância em saúde, de retomada das propostas de multiplicação de intervenções e da presença de profissionais da saúde nas comunidades, nas casas etc. Tempos em que o saudável aparenta ser a categoria norteadora do bem conduzir a vida. Diante destes elementos, os alertas nos convidam a examinar com mais cautela nossas práticas profissionais de cuidado em saúde, no intuito de criar ativamente alternativas não colonizadoras.

O desafio aqui não é romper com a medicalização. Somos medicalizados e defendemos a medicalização. Podemos perceber isso com clareza, quando comemoramos a redução dos (ainda assim) muitos óbitos de brasileiros sem assistência médica. Ao fazê-lo, reiteramos o sonho de que um dia todos os óbitos se façam sob o olhar médico. De modo análogo, desejamos que todas as mulheres grávidas tenham pelo menos sete consultas pré-natais, e sonhamos que seus filhos e filhas nasçam sob o olhar profissional. Sonhamos que o nascer e o morrer sejam acompanhados. Mas não queremos essa medicalização que reproduz a desigualdade. O que criticamos na medicalização é seu aspecto colonizador, que, em vez de ampliar os graus de escolha, impõe uma norma que visa a reproduzir crenças e valores bastante específicos subjacentes à ciência que a instaura (quando não são impostas normas que nada têm a ver com a ciência que supostamente as ampara).

Cabe-nos pensar alternativas a essa medicalização colonizadora. Penso que isso pode ser feito pelo esforço sistemático na formação e no cotidiano do trabalho, pela reflexão sobre as possíveis conseqüências impremeditadas das falas normativas que fazemos. Isso envolve o exercício cotidiano da reflexão crítica de nossas práticas, no esforço de reconhecer em nossas palavras a potência colonizadora sobre o outro. Isso implica abrir mão da idéia de que conhecemos a melhor forma

de conduta para as pessoas, para que possamos compartilhar, mais do que impor, nosso conhecimento, e possamos entrar em contato com o conhecimento do outro, de modo a substituir nosso ímpeto normativo pelo esforço de diálogo. Trata-se aqui de buscar o que José Ricardo de Carvalho Ayres (2001) chama de fusão de horizontes.

Tal passo envolve abandonar as estratégias que visam a mudar o comportamento do outro e substituí-las por estratégias ativas para resgatar as opções das pessoas, inclusive de adotar comportamentos e práticas de risco, por exemplo. Estratégias que ao mesmo tempo partilhem o conhecimento que nos faz diferentes. Em outros termos, há que se buscar substituir a desigualdade entre profissionais que sonham com uma ordem saudável e pessoas supostamente ignorantes, por diferenças entre profissionais que têm um meio de conhecer e um tipo de conhecimento, e pessoas que dispõem de outros meios de conhecer e outros conhecimentos, para construir juntos sucessos práticos que permitam prolongar a vida.

## UMA RACIONALIDADE E UMA EPISTEMOLOGIA CENTRADAS NA DOENÇA

Outro aspecto das críticas comumente feitas às práticas de cuidado exercidas pelos profissionais da saúde, sobretudo aos médicos, diz respeito à centralidade da doença. Para examinar essas posições críticas, devemos analisar as bases do conhecimento da medicina contemporânea. Outra vez recorreremos aqui a uma abordagem histórica.

Preliminarmente, cabe retornar até a invenção do hospital como uma instituição médica. Podemos dizer que, na Idade Média, o hospital, embora fosse um lugar de práticas de cuidado, não era um lugar de prática para os médicos. Estes exerciam suas atividades individualmente, relacionando-se com as pessoas que demandavam seus cuidados. É nesse sentido que se pode dizer que a medicina na Idade Média era uma medicina centrada no indivíduo.

Em certo momento, inicia-se um processo de transformação dos hospitais, que corresponde grosso modo ao nascimento da clínica e à conseqüente reorganização das práticas e do saber médico. Em certo sentido, o hospital medicaliza-se. Médicos passam a freqüentar dia a dia os hospitais, que pouco a pouco passam a ser locais privilegiados das práticas médicas. Por sua vez, a medicina assume lugar central no arranjo do hospital. A medicina volta para ele todo o arsenal de técnicas de ordenamento do espaço e de dispositivos disciplinares, bem semelhantes aos que a medicina mais ou menos na mesma época aplicava sobre a cidade e as

pessoas. Definiram-se os lugares dos doentes, agora dispostos em leitos individuais, progressivamente classificados e reunidos em diferentes enfermarias (ou clínicas), de acordo com os tipos de problemas que apresentassem. O desenho arquitetônico permite o controle e a vigilância necessários à ordem dentro do hospital.

A esse novo arranjo correspondeu o desenvolvimento de uma prática contínua de observação médica de cada pessoa internada. Ao contrário da ação típica da medicina da Idade Média, agora a evolução de cada doente era não apenas observada como registrada. Desta forma, tornou-se possível analisar comparativamente a evolução de diferentes pessoas. Mais do que isso, tornou-se possível classificar as pessoas de acordo com o mal aparente que apresentavam, e comparar sua evolução.

Duas conseqüências importantes derivaram desse novo arranjo. A primeira, a prática do ensino sofreu grande transformação: se antes ela era centrada nos estudos de grandes teorias e sistemas médicos, e conduzida em bases quase artesanais junto a um médico professor (o aluno acompanhava seu mestre nos seus atendimentos), agora se estuda à beira do leito. Os livros com as grandes teorias médicas, de natureza filosófica, foram substituídos pelos pacientes. O aprendizado passou a ser feito valendo-se da observação detalhada dos pacientes, da discussão de seus quadros clínicos e de sua evolução.

Isto propiciou o exame e a comparação de um grande volume de casos, bastante superior ao volume de casos que eram vistos na prática e no aprendizado da medicina na Idade Média. A observação sistemática e cuidadosa de grupos de pacientes foi um passo fundamental para a constituição da moderna racionalidade médica.

A segunda decorreu da associação entre a clínica (e a forma de sistematizar as observações sobre a evolução clínica de conjuntos de pacientes) e a anatomia patológica. De fato, a anatomia patológica ofereceu um novo critério para o agrupamento de pacientes: a semelhança na lesão anatomopatológica. Com base nessa articulação, a doença passa a ser definida tomando-se por base um tipo de lesão que a caracteriza. Lesão não necessariamente visível, mas, pelo contrário, com freqüência escondida na profundidade do corpo. Lesão que se manifesta de múltiplas formas, de modo que as experiências de sofrimento provocadas por certo tipo de lesão serão sempre muito diversificadas entre diferentes pacientes que a apresentam.

Definida uma doença a partir de sua lesão, foi possível reagrupar (ou reclassificar) os grupos de pacientes: se antes as classificações tomavam como base a semelhança dos sintomas ou dos sinais, agora se agrupam os pacientes com a

mesma lesão, ou seja, com mesma doença, e descreve-se o conjunto diversificado de suas manifestações clínicas.

Tomando o grupo de doentes, também se tornou possível analisar os processos fisiopatológicos que subjazem à doença em questão, bem como estudar os possíveis efeitos das diferentes propostas terapêuticas. Pode-se ainda buscar esclarecer as causas ou os riscos dessa doença. Enfim, torna-se possível acumular um amplo conjunto de informações e conhecimentos sobre aquela doença.

Portanto, a base sobre a qual se assenta o conhecimento sobre as doenças não é o indivíduo, mas sim grupos de indivíduos, reunidos em princípio de acordo com as características morfológicas da lesão que apresentam. É claro que mais adiante surgiram outros critérios que não a lesão, que passaram a ser utilizados em algumas circunstâncias para definir a doença, e, portanto, constituir os grupos que servem de base para a construção de conhecimento sobre ela. Hoje, ao lado das definições morfológicas (como é o caso das neoplasias), existem doenças definidas pelo agente etiológico, outras por características bioquímicas, outras ainda por parâmetros fisiológicos.

Quero destacar que, pelo fato de se situarem na profundidade, os critérios de definição da doença não são visíveis, e não são apreensíveis a partir da experiência dos sujeitos que adoecem. Estão, por assim dizer, excluídos do senso comum, a não ser que este senso comum resulte da difusão do conhecimento médico. Instaura-se, assim, uma dicotomia entre a experiência vivida do sofrimento e a possibilidade de conhecimento sobre a doença que porventura o produz. Só o saber médico pode de fato conhecer a doença.

Do ponto de vista da prática do cuidado, essa dicotomia se expressa em uma forma de raciocínio clínico: diante de uma experiência de sofrimento, alguém procura um médico. Este busca da conversação com o paciente, assim como de seu exame físico, extrair as pistas sobre a doença que eventualmente subjaz ao sofrimento manifesto. Fazer o diagnóstico é exatamente isso: identificar a doença que produz o sofrimento e, em consequência, possibilitar a aplicação do conhecimento existente sobre essa doença e traçar uma terapêutica visando à cura ou ao controle da doença.

Esta racionalidade anatomoclínica constituirá uma base sólida para conceber o âmbito da atuação propriamente médica: a medicina visa a oferecer resposta ao sofrimento humano que seja atribuível a uma doença. Falo por referência a uma expressão que Rosen utiliza para caracterizar um dos princípios da medicina social: “devem ser tomadas providências no sentido de promover a saúde e combater a



doença, e as medidas concernentes em tal ação devem ser tanto sociais quanto médicas” (Rosen, 1980: 85). Como já vimos, no que diz respeito ao que poderia ser chamado de promoção da saúde, a medicina, por meio da higiene, expandiu sua fronteira, reivindicando e reconfigurando, graças a seu saber, tudo o que se colocava no espaço urbano. Penso que podemos dizer que, ao mesmo tempo que tornava o social seu objeto, a nova racionalidade médica constituía um novo objeto específico – a doença – e fincava sobre ele as bandeiras que lhe asseguravam o domínio absoluto desse novo território – nesse sentido, propriamente médico.

Na sua origem, não se tratava de duas dimensões opostas, como poderíamos ser levados a pensar tomando-se por base a dicotomia entre a saúde pública e a assistência médica que se instaurou no século passado, sobretudo valendo-se do desenho das políticas de saúde. A unicidade dessas duas faces da ação médica pode ser facilmente percebida na trajetória de vida de Virchow, que se dedicou tanto à medicina social (estudando epidemias e buscando encontrar as ações sociais que as contornassem) como à anatomia patológica e aos estudos das lesões.

Entretanto, com a consolidação dessa racionalidade que permitiu definir esse território propriamente médico, a higiene foi sendo por ela superada, sem que houvesse contudo um recuo nítido da abrangência do processo de medicalização da vida social por ela instituído. O advento da microbiologia permitirá substituir a base teórica da higiene pela compreensão da transmissão da doença, sem grandes alterações de muitas das normas da higiene. No entanto, significativa mudança acontecerá com o desenvolvimento dos estudos epidemiológicos sobre as doenças não transmissíveis: cunhando a noção de risco, foi possível identificar grande número de fatores de risco, que passaram a servir de base para as recomendações sobre os modos de viver. De qualquer forma, a base do conhecimento instaurada pela noção médica de doença vai-se tornando cada vez mais central na produção do conhecimento, principalmente sobre a prevenção e a promoção da saúde.

Por outro lado, o conhecimento acumulado sobre as doenças permitiu, em algumas delas, a identificação da lesão ou a detecção da presença da doença antes que ela provoque qualquer sofrimento. Amplia-se assim o alcance dessa medicina, que pode apresentar sua pretensão em antecipar-se ao sofrimento, eventualmente evitando-o. Os procedimentos de diagnóstico precoce radicalizam o contraste entre a experiência vivida pelas pessoas e a doença: a saúde deixa de ser o silêncio dos órgãos, pois se torna possível reconhecê-la exatamente nesse silêncio.

A produção do conhecimento sobre a doença, que, na racionalidade médica, pretende embasar as propostas de intervenção (tanto as propriamente médicas

como as sociais), tem como característica central o agrupamento de pessoas. Parece ser a partir desse agrupamento que se desvendam as questões para as diversas disciplinas que se debruçam sobre diversos aspectos e dimensões de uma doença, bem como sobre as propostas para seu tratamento. Exatamente por isso é que podemos dizer que a epidemiologia pode ser considerada, na sua configuração atual, uma das disciplinas mais fundamentais para a racionalidade médica centrada na doença. São os estudos epidemiológicos que dão o fundamento científico tão sonhado para a identificação dos fatores de risco, para a análise da capacidade de certos procedimentos destinados ao diagnóstico, e para avaliar a eficácia de propostas terapêuticas.

De qualquer forma, essa forma de conhecimento sobre as doenças parece estar em um plano bem distinto do plano das experiências concretas de adoecimento. Isto abre a possibilidade de que, no cotidiano das práticas de cuidado, o paciente seja reduzido à sua doença. Contudo, essa redução não é uma exigência da racionalidade médica, mas uma das suas formas de uso. Formas que podem ser influenciadas pelas estratégias dos profissionais (como as que auto-afirmam a autoridade cognitiva), bem como pelos outros fatores que constituem as práticas do cuidado.

Em outros termos, é possível pensar na aplicação dessa racionalidade e dos conhecimentos sobre as doenças numa perspectiva emancipatória. Para tal, um passo necessário é repensar essa racionalidade e sua base epistêmica em outro contexto que não o da peritagem heróica característica da ciência moderna. Trata-se de reconhecer que as doenças, tal como concebidas nessa racionalidade, efetivamente produzem ou podem produzir estreitamentos nos modos de andar a vida. E que as propostas de intervenção médicas podem alargar esses estreitamentos. Mas que, por outro lado, tal reconhecimento não implica afirmar que tal alargamento necessariamente decorre da simples aplicação do melhor conhecimento científico disponível.

Um primeiro passo nessa direção consiste em reconhecer que na ciência moderna a capacidade de explicar e compreender supera em muito a capacidade de antever as conseqüências. Daí deriva que aqui, como na ciência em geral, cabe buscar a prudência na aplicação dos conhecimentos. Conhecer o alcance e os limites do conhecimento disponível torna-se um imperativo para uma prática prudente.

Nesse sentido, cabe reconhecer que a racionalidade médica não é capaz de apreender o que certo indivíduo experimenta ou pode vir a experimentar em decorrência de uma doença ou das intervenções por ela suscitadas. Tendo por base um conjunto de pessoas, só é possível falar sobre as pessoas a não ser em termos de

probabilidades. Mesmo quando identifico uma lesão à qual atribuo um sofrimento, nossa base de conhecimento não permite antever o que acontecerá com o doente. Reconhecer esse limite abre a possibilidade de reconhecer que a racionalidade médica e o conhecimento sobre as doenças, embora fundamentais, são insuficientes para o sucesso prático da aplicação desses conhecimentos no que se refere ao alargamento dos modos de andar a vida: há que articulá-la com outras formas de conhecimento sobre a vida, ou melhor, sobre os modos concretos de andar a vida, sobre o adoecimento vivido, sobre as concepções, temores e sentimentos das pessoas que sofrem (ou que podem vir a sofrer). O encontro entre um profissional de saúde deixa de ser visto como o encontro desigual entre alguém que sabe sobre as doenças, seus modos de prevenir e tratar e alguém que não sabe, para se tornar um encontro entre profissionais que sabem algo sobre as doenças, e pessoas que sabem algo sobre suas vidas e sobre seu sofrimento. É na tentativa de fundir esses horizontes que se produzem relações emancipatórias.

Isso envolve a compreensão da dissociação inerente a esta racionalidade, que produz o conhecimento em um plano distinto da aplicação do conhecimento produzido. Aprende-se sobre a doença para tratar pessoas. Tratar as doenças é muito distinto de tratar pessoas. Uma pista dessas diferenças pode ser encontrada nos usos correntes do termo: ser bem tratado expressa sinteticamente a avaliação positiva de um encontro, no qual houve escuta, no qual fomos compreendidos, no qual se produziu de algum modo uma fusão de horizontes.

Em outros termos, a aplicação do conhecimento sobre a doença sempre se dá em um contexto diverso do que gerou sua produção. O cuidado integral demanda profissionais capazes de conhecer doenças e de contextualizar suas propostas no modo de andar a vida do outro.

## RELAÇÕES DAS PRÁTICAS DO CUIDADO COM O CAPITAL

É interessante notar que a constituição da medicina com base na relação da clínica com a anatomia patológica se deu em um momento no qual a medicina contava com muito poucas formas de intervenção eficazes. Grande parte dos conhecimentos baseados na experiência empírica era colocada no bloco das práticas não reconhecidas pela medicina – portanto, desqualificada. Mesmo aqueles que haviam logrado alguma forma de assimilação pela medicina, seu sucesso não lograva ser explicado pelo pensamento médico. Esse era o caso, por exemplo, das práticas de variolização.

A capacidade de intervenção efetiva da medicina sobre o curso das doenças parece ter-se desenvolvido de forma acentuada no século passado, após o advento da microbiologia. O desenvolvimento da microbiologia produziu importantes mudanças nas possibilidades de intervenção sobre a saúde. E algumas cirurgias. Ao identificar agentes etiológicos microbianos de algumas doenças, a microbiologia permitiu desenvolver e aplicar tecnologias como as vacinas e os soros. A compreensão das cadeias de transmissão de algumas dessas doenças abriu o caminho para a busca de técnicas destinadas a interromper ‘os elos frágeis’, controlando sua propagação. Nascia, em decorrência desse aporte de conhecimentos, a saúde pública moderna.

Entre nós, a moderna saúde pública se constituiu no início do século passado. Uma primeira característica que precisa ser destacada é que a saúde pública moderna não tinha (e não tem) qualquer incompatibilidade com a racionalidade médica da clínica, nem com a base do conhecimento centrada na doença. Ao contrário, ela é filha dessa racionalidade. De fato, a saúde pública moderna suscitará a oposição de muitos médicos tradicionais, mas tais oposições se devem mais a tensões entre dois modelos de pensamento bastante distintos: a medicina baseada na higiene, desprovida de tecnologias para intervir a contento sobre as questões da doença dos indivíduos, e sem capacidade de produzir sucessos práticos a fim de controlar as doenças que se transformavam em ameaças epidêmicas. Além do mais, devemos recordar que o sucesso avassalador da higiene no século XIX se deu diante de um saber médico colonial baseado em concepções médicas dos séculos anteriores, quase todas especulativas e teóricas. E, como nos lembra Costa, o prestígio da higiene foi impulsionado pelo interesse político do Estado na saúde da população. “No caso brasileiro, essa evidência é incontestável. O Estado brasileiro que nasce com a abdicação é o moto-propulsor do súbito prestígio da higiene. A atividade médica coincidia e reforçava a solidez de seu poder, por isso recebeu seu apoio” (Costa, 1979: 32).

Por sua vez, a saúde pública de base microbiológica que nasceu no final do século XIX era revestida pela áurea da ciência moderna, e trazia consigo a promessa de sucesso na construção de um mundo melhor. Promessa de sucesso particularmente superior à da higiene, no que dizia respeito à possibilidade de superar as ameaças epidêmicas que, rondando os portos e as cidades, ameaçavam a dinâmica da economia agroexportadora e, portanto, ameaçavam o processo de acumulação de capital. Por isso o Estado brasileiro a escolheu (preterindo a higiene), dando-lhe os recursos para o enfrentamento das ameaças epidêmicas.

Também aqui, no caso brasileiro, as evidências são irrefutáveis: nossa moderna saúde pública nasceu profundamente articulada com os interesses do capital, e sua constituição se deu com base no próprio Estado.

A grande proximidade da saúde pública de uma medicina de base científica centrada nas doenças se fez visível na trajetória de vida de grandes sanitaristas da primeira metade do século passado, em sua maioria também médicos renomados.

Pouco tempo depois da Constituição, entre nós, da saúde pública, na segunda metade da década de 1920, começam a surgir as políticas do que depois foi chamado de 'previdência social', com a criação de benefícios aos trabalhadores, que incluíam a assistência médica aos trabalhadores e suas famílias.

Não dispomos de muitas informações sobre as bases de conhecimento que fundamentavam as práticas médicas na assistência aos trabalhadores nessa época. O fato é que alguns autores caracterizam que aqui no Brasil teriam coexistido, por boa parte do século XX, dois modelos assistenciais: o da saúde pública e o da assistência médica previdenciária.

Há várias linhas de interpretação para a participação do Estado na promoção da assistência médica previdenciária. A primeira delas evoca que a assistência médica integraria os dispositivos de reprodução da força de trabalho necessária ao capital. A tese, teoricamente elegante, contudo, esbarra em algumas dificuldades. A primeira diz respeito à existência de um excedente de mão-de-obra no Brasil, que tornaria relativa a necessidade de cuidar da reprodução da força de trabalho. Ademais, pelo menos antes da Segunda Guerra Mundial, as tecnologias disponíveis para a assistência médica não eram capazes de garantir um sucesso prático tão nítido. Outra linha de interpretação contextualizará essa assistência médica previdenciária no bojo das políticas trabalhistas, ou seja, nas tentativas do Estado de intermediar a relação entre o capital e o trabalho, arbitrando a oferta de um conjunto de benefícios aos trabalhadores, ao mesmo tempo que buscavam cooptar e controlar os movimentos sindicais desses mesmos trabalhadores.

Independentemente dessas interpretações, vale destacar que a partir da Segunda Guerra Mundial estabelecem-se outras relações entre o capital e as práticas de cuidados: é que as práticas de cuidado exercidas por profissionais se tornam um elemento propiciador da acumulação do capital. Surge um significativo processo de acumulação de capital no setor Saúde, em escala mundial, que transforma por completo as práticas e instituições médicas, e afeta de vez o trabalho em saúde e a formação dos trabalhadores da saúde.

As origens dessas transformações são, contudo, mais antigas. Elas retomam, em certo sentido, as próprias transformações decorrentes da microbiologia, assim

como trazem elementos ligados diretamente aos estudos das lesões anatomopatológicas, sobretudo em nível microscópico. Devemos a Canguilhem uma narrativa dessas origens:

E, no entanto, foi a extensão dos exames microscópicos dos preparados celulares e a prática das colorações baseadas nos derivados sintéticos da anilina, industrialmente fabricados na Alemanha a partir de 1870, que pela primeira vez, na história da medicina, iria resultar numa terapêutica tão eficaz quanto era livre de qualquer teoria médica, a quimioterapia, inventada por Paul Ehrlich. (Canguilhem, 1977: 63)

Canguilhem nos relata que Ehrlich havia aprendido a usar os corantes no exame e distinção dos tecidos normais e patológicos. Conhecia, pois, como a afinidade seletiva de certas células a determinados compostos químicos permitia que os mesmos fossem corados de forma distinta, o que possibilitava sua visualização. Tomando como base essa idéia de afinidade seletiva, Ehrlich se perguntou: seria possível identificar, entre as substâncias que corassem seletivamente alguns agentes microbianos, uma que destruísse seletivamente esse agente? A pergunta originou, de imediato, um programa de pesquisa, do qual o vermelho *trypan* (que matava o tripanossomo responsável pela doença do sono) foi o primeiro produto, e que resultou alguns anos depois na descoberta, por Domag, do prontosil-vermelho, o primeiro produto de uma série de quimioterápicos.

Destaco essa breve história para ressaltar que os elos entre a indústria química e a medicina são bem mais antigos e profundos do que em geral pensamos. A linha de pesquisa de Ehrlich foi ao mesmo tempo um esforço de desenvolver um poderoso recurso terapêutico, e um esforço de desenvolver um novo ramo da indústria química: a indústria farmacêutica. O que se inaugurou aqui foi a possibilidade de, manipulando moléculas (algo inerente à indústria química), pudéssemos desenvolver produtos que, por sua afinidade seletiva a certos microorganismos ou a certas células ou partes de células, pudessem produzir um efeito terapêutico.

Se os quimioterápicos abriram para a medicina uma nova perspectiva de intervenção, a produção da penicilina em grande escala, a partir da Segunda Guerra Mundial, ampliou o horizonte da indústria farmacêutica nascente. É bastante conhecida a história da descoberta da penicilina: a identificação (quase ao acaso) de que certo tipo de fungo produzia uma substância capaz de inibir o crescimento de bactérias em placas de Peyer. Ao isolamento da substância seguiram-se os testes para mostrar sua utilidade em humanos. Contudo, por ser uma substância produzida por um ser vivo, a introdução da penicilina como recurso terapêutico teve que aguardar o desenvolvimento de técnicas para sua produção em larga escala,

o que só aconteceu graças a um esforço conjunto do governo inglês e da indústria, ocorrido com a Segunda Guerra Mundial. Este último desenvolvimento, por sua vez, abriu nova e fértil linha de pesquisa de novas substâncias químicas, conduzidas agora dentro do âmbito das indústrias farmacêuticas: tratava-se de buscar reconhecer, isolar e produzir em grande escala outras espécies de substâncias antimicrobianas produzidas por fungos e passíveis de uso humano. Desta nova vertente, que substituiu as lâminas coradas de Ehrlich pela placa de Peyer como ponto de partida, bem como pela manipulação molecular das substâncias produzidas pelos fungos, nasceram muitos antibióticos que, ao lado dos quimioterápicos, tiveram grande impacto sobre o manuseio das doenças infecciosas.

Destaco um aspecto importante da pesquisa de novos medicamentos: seu caráter profundamente empírico. Tanto no caso dos quimioterápicos como dos antibióticos, o ponto de partida das pesquisas não envolvia seres humanos doentes. Mas o desenvolvimento dos medicamentos (destes e de qualquer outro) envolve mais do que isolar e produzir a substância, precisa demonstrar sua utilidade em humanos. Isso significa, por um lado, mostrar que essa substância é possível de ser utilizada de modo seguro; e, por outro, que seu uso é eficaz para o enfrentamento de certa doença. A relação entre segurança e eficácia é sempre de grau: todo medicamento, em certa dosagem, pode matar, e todo medicamento, em certo grau, produz efeitos colaterais, isto é, traz alguma possibilidade de produzir um sofrimento. O uso de medicamento se faz sempre diante de um balanço entre os riscos e benefícios de seu uso.

Uma questão central é que os estudos que buscam mostrar a eficácia dos medicamentos são necessariamente estudos epidemiológicos, feitos em grupos de doentes, o que reforça a importância da epidemiologia como disciplina fundamental da racionalidade médica contemporânea.

O advento dessa indústria permitiu, pela primeira vez, a produção de recursos terapêuticos em grande escala, que poderiam ser utilizados em qualquer parte do mundo. Isso representou um processo de reordenamento completo da formação e do trabalho médico, dando novo sentido à prescrição, que passa a ser a recomendação do consumo de um produto químico. Os médicos passam a ser os profissionais que, diante de um caso concreto, definem que medicamentos são necessários. Mas se ele no seu cotidiano reconhece a necessidade de um medicamento para um paciente concreto, essas necessidades são inventadas pela pesquisa articulada pela indústria farmacêutica. Surge aqui uma clara dicotomia entre o plano entre os espaços nos quais se desenvolvem os medicamentos e os espaços nos quais ocorre a

indicação de seu uso. Em outros termos, a medicina segue os rumos ditados pelo planejamento da pesquisa dos laboratórios das indústrias (embora aqui, como sempre, exista certa dialética do controle, como diria Giddens).

Mas se a demonstração epidemiológica da eficácia é algo significativo para dar sentido ao uso de um medicamento, e a demonstração da possibilidade de sua utilização segura é um requisito ético para esse uso, eficácia e segurança são apropriados pela indústria como simples argumentos de um amplo processo de *marketing*. Ou seja, a indústria não se limita a produzir medicamentos eficazes e seguros, mas a produzir substâncias que, por parecerem eficazes e seguras, serão consumidas. Na busca de maximizar os ganhos, a indústria expande a oferta de mercadorias muito além do que seria um uso que tomasse a racionalidade médica como parâmetro norteador das práticas. O episódio da talidomida é exemplar das transgressões à ética e ao primado da defesa da vida. As estratégias de propaganda e *marketing* são bastante abrangentes, e incluem um poderoso arsenal de dispositivos voltados para os médicos, buscando construir seus padrões de conduta, sobre os mercados de venda de medicamentos (sendo os lojistas um alvo importante), e sobre o conjunto da população.

Assim, estabelece-se uma luta a fim de que o Estado garanta, valendo-se de algumas restrições ao sonho expansionista das indústrias, a possibilidade de um uso de medicamentos que se inscreva na garantia do direito à saúde. Ação do Estado que se estende desde dispositivos de autorização e controle para a comercialização ou distribuição de medicamentos, até o estabelecimento de regras sobre as propagandas dos mesmos.

Ao lado da indústria farmacêutica, outras, de materiais e equipamentos médicos, se desenvolveram muito ao longo do século XX. De um lado, um conjunto de indústria se ocupa em desenvolver produtos que permitam de algum modo facilitar ou mesmo propiciar o diagnóstico das doenças. Para essas indústrias, a racionalidade médica gera um conjunto de oportunidades. Cada tipo de critério diagnóstico suscitou uma linha de desenvolvimento de uma indústria. Por exemplo, como as lesões integram critérios de definição de muitas doenças, sua observação pode ser definidora do diagnóstico.

Ora, uma série de tecnologias foi desenvolvida para permitir a visualização direta das lesões: dos antigos instrumentos baseados em conjuntos de lentes e espelhos articulados com fontes de luz, aos aparelhos com fibras óticas e flexibilidade para sondar o interior do organismo, e chegando às microcâmeras, são inúmeros os dispositivos que permitem a visualização direta das lesões. De modo análogo, desenvolveram-se muitas tecnologias que permitem a visualização indireta das



lesões (pela construção de uma imagem produzida valendo-se de algum dispositivo, como o raio-x, o ultra-som, a ressonância magnética, a emissão de radiações de substâncias). Nesses dois ramos da indústria de equipamentos médicos, a trajetória de desenvolvimento tecnológico tem sido no intuito de acoplar dispositivos e desenvolver formas de uso das técnicas de visualização direta ou indireta que permitam sua articulação com a realização de intervenções – por exemplo, a cirurgia laparoscópica e os procedimentos de intervenção no setor de hemodinâmica. As manifestações bioquímicas de certas doenças possibilitaram o desenvolvimento de uma indústria voltada para a dosagem de compostos bioquímicos no sangue ou em outras partes do corpo. Há ainda uma indústria de produtos para mensurar e monitorar certos parâmetros fisiológicos, e por aí vai. A pesquisa tecnológica nessas indústrias produz inovações que, quando se mostram úteis no processo de diagnóstico, tornam-se necessárias. Algumas destas tecnologias modificam completamente as possibilidades terapêuticas, como é o caso, por exemplo, da tomografia cerebral em pacientes com traumatismo craniano.

O desenvolvimento de indústrias no setor contempla também aquelas de materiais consumidos nas práticas do cuidado (cateteres, sondas, agulhas, seringas, material cirúrgico), bem como a produção de equipamentos que permitem a realização de certos procedimentos terapêuticos (a hemodiálise, por exemplo).

No seu conjunto, essas indústrias constroem a cada dia novas necessidades. A intensidade dos processos de inovação e a capacidade de apresentar as novas tecnologias como eficazes e necessárias para defender a vida são uma característica da dinâmica de acumulação do capital no setor Saúde. Este setor transformou-se ele mesmo em um local de acumulação de capital em escala mundial, de modo que as práticas de cuidado realizadas pelos profissionais da saúde passaram a ser em grande parte as definidoras do consumo de produtos dessas indústrias em cada caso, portanto, os elementos que ao fim e ao cabo permitem a realização da acumulação do capital no setor. E isso acontece independentemente das relações estabelecidas diretamente no trabalho da produção do cuidado.

A intensidade da inovação tecnológica, associada a certos dispositivos de patentes, propicia aos inovadores uma margem de ganho e de acumulação de capital bastante elevada. Poderíamos talvez dizer que há aqui a produção de um excedente que deriva mais da apropriação privada do conhecimento produzido no âmbito da indústria do que propriamente da exploração do trabalho no próprio processo de produção dos medicamentos ou equipamentos de uso na saúde.

O fato é que a dinâmica desse setor econômico vem elevando mais e mais os custos da produção do cuidado médico. Essa elevação dos custos tende a trazer

dificuldades crescentes no acesso aos serviços de saúde. No âmbito da prestação privada de serviços de saúde, os custos do tratamento de determinadas doenças tornam-se proibitivos para muitas pessoas. Em resposta a isso, desenvolveram-se sofisticadas formas de financiamento privado, que em geral assumem a forma de um seguro, no qual as pessoas pagam continuamente um certo valor para ter o direito à assistência à saúde quando dela vierem a precisar.

Por outro lado, expressivos contingentes populacionais que não têm condições de custear os cuidados de saúde caracterizam uma situação de desigualdade dramática, que demanda a mediação do Estado. O caráter dramático que aqui adquire a desigualdade no poder de compra, que em geral é inerente às sociedades capitalistas, decorre da valorização da vida: parece particularmente injusto que alguém seja privado do acesso a uma forma de cuidado da qual necessite pelo simples fato de não ter os recursos para custeá-la. Drama que se exacerba quando o cuidado em questão parece ter a potência de garantir a própria continuidade da vida. Esse é o fundamento último de uma tese política, a de que deve caber ao Estado a garantia do direito de todos ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. De modo mais rigoroso, esta tese política pode ser entendida da seguinte forma: não é justo que alguém seja privado do acesso a certos produtos e tecnologias que podem produzir a redução do sofrimento (presente ou futuro) provocado por uma doença pelo simples fato de não dispor de recursos financeiros para custeá-la.

Portanto, a tese se assenta no reconhecimento de que os desenvolvimentos alcançados no âmbito do setor Saúde apresentam um potencial de defesa do princípio da vida bem significativo, mesmo que as práticas concretas existentes se apresentem como um *mix* de práticas de cuidado que defendem a vida e práticas que nem tanto. A tarefa da crítica, nesse sentido, é reconhecer alternativas ao que há de criticável nessa realidade, fazendo que cada vez predominem mais práticas que defendam radicalmente a vida.

Deriva do que foi dito o reconhecimento de que, no modo como se estruturaram as relações profundas entre capital e práticas de cuidado, que a garantia pelo Estado desse direito ao acesso universal e igualitário aos serviços e às ações de saúde, por meio do financiamento público, é simultaneamente a garantia de certa dimensão do mercado dos produtos das indústrias da saúde. Como também deriva a constatação de que, ao garantir a expansão do acesso às práticas de cuidado, expandem-se também as dimensões do mercado das indústrias do setor.

O trabalho em saúde é reconfigurado a partir desse processo de desenvolvimento das indústrias do setor Saúde. Por um lado, as práticas de cuidado exercidas

pelos profissionais passam a necessitar de um complexo conjunto de equipamentos e procedimentos. Tais equipamentos e procedimentos vão reconfigurar o hospital, redefinindo a ordem médica em seu interior com base nas necessidades postas para a adequada operação dos equipamentos e adequada realização dos procedimentos. Mesmo fora do hospital, as práticas de enfrentamento de um sofrimento manifesto exigem cada vez mais a realização de procedimentos em vários locais (o consultório, o laboratório de análises clínicas, o laboratório de imagens etc.). Tanto dentro como fora dos hospitais, o fluxo das pessoas passa a ser ordenado pela lógica da realização dos procedimentos, mesmo que essa lógica de ordenação produza ou agrave, ela mesma, o sofrimento das pessoas.

Por sua vez, como o exercício das práticas de cuidado passa a exigir um conjunto de procedimentos, os arranjos dessa produção mais direta do cuidado redesenham a posição hierárquica entre os diversos profissionais, tanto no espaço do hospital como nos espaços extra-hospitalares. Tal redesenho, contudo, não produz uma redução da importância e da centralidade do médico. Ao contrário, ele redesenha no interior da própria medicina uma hierarquia que estabelece, entre as diversas especialidades, diferenciais simbólicos que atribuem não só prestígio mas possibilidades concretas de ganhos diferenciados. Tudo isso opera conjuntamente para reforçar algum fetiche pela tecnologia (entendida em um sentido restrito do consumo de certos equipamentos, supostamente complexos). Em outros termos, instaura-se o domínio da técnica sobre a terapêutica.

Este fetiche se estende até o conjunto da população, produzindo uma demanda pelo consumo dos chamados exames complementares e dos medicamentos. A primeira demanda, numa falsa idéia de que quanto mais procedimentos diagnósticos forem feitos, mais certeza se terá acerca da origem de seus sofrimentos. A segunda pela idéia de que o ritual do consumo de medicamentos é fundamental para a melhora do sofrimento, mesmo que apenas pelo seu efeito como placebo. O resultado geral é um consumo de bens e serviços de saúde desproporcionais às capacidades de esses bens e serviços alargarem os estreitamentos dos limites da vida.

## EM BUSCA DE UM CUIDADO INTEGRAL: A CONSTRUÇÃO DE ALTERNATIVAS PARA O TRABALHO EM SAÚDE E PARA A FORMAÇÃO DAS PROFISSÕES EM SAÚDE

Procuramos até aqui identificar três eixos que estruturam as práticas do cuidado em saúde: a medicalização (ou a normatização da vida por um saber), a racionalidade médica e a acumulação de capital no setor. Estamos em condições de

indicar, ainda que de modo exploratório, a constelação de poder que produz práticas de cuidado em saúde caracterizadas por produzirem a colonização dos sujeitos, colocados e mantidos sobre contínua tutela e controle por um saber. Práticas que reduzem os sujeitos a objetos, quer por reduzir seu sofrimento à sua doença, caracterizada em última instância pela lesão que a define, quer por reduzi-los a um conjunto organizado de moléculas, células e tecidos passíveis de manipulação, visando à alteração do estado desses organismos. Práticas que se organizam valendo-se de um ordenamento centrado nas necessidades de os profissionais executarem certos procedimentos, mesmo que tais ordenamentos gerem sofrimento. Práticas que terminam por privilegiar as técnicas, em vez dos sucessos terapêuticos concretos na vida das pessoas. Mas, sobretudo, práticas exercidas dia a dia por profissionais da saúde, que fazem diariamente essa história, embora não necessariamente do modo como imaginam. Profissionais que são ao mesmo tempo agentes da reprodução dessas práticas e de sua eventual transformação.

Penso que, no meio mesmo desse complexo arranjo de práticas sociais, há sujeitos (profissionais da saúde ou não) que, indignados, buscam alternativas ao que existe, lutando por valores que, embora pareçam ser impossíveis, permitem criar contradições e tensões de modo a instaurar relações emancipatórias.

Uma das manifestações dessa indignação com as formas predominantes das práticas do cuidado feitas pelos profissionais da saúde vêm-se dando no Brasil na luta em torno do princípio da integralidade em saúde. Vejo a integralidade em saúde, tal como vem sendo construída na sociedade brasileira, como um conjunto de valores que merecem ser defendidos, e que vêm sendo defendidos num processo contínuo e cotidiano de lutas por transformações nas práticas dos cuidados em saúde, nos modos de organização dessas práticas, e nas políticas de saúde. Falo em conjunto de valores para expressar seu caráter polissêmico. Polissemia que, contudo, partilha radicalmente da defesa do primado da vida como valor, e da busca de transformar as relações entre as pessoas de modo que elas sejam cada vez mais iguais. De modo mais específico, os valores da integralidade parecem ter em comum a aspiração de recusar qualquer forma de redução de sujeitos a objetos, e a abertura de uma perspectiva dialógica entre sujeitos diferentes (Mattos, 2001).

Especificamente no que se refere às práticas dos profissionais da saúde, integralidade adjetiva o cuidado: aspiramos a um cuidado integral. Um cuidado no qual as intervenções dos profissionais da saúde se façam apenas na medida em que efetivamente possam alargar os limites do modo de andar a vida. Portanto, um cuidado profundamente centrado na compreensão do sofrimento manifesto ou do

sofrimento antecipado pelos profissionais no contexto de vida do sujeito que sofre ou poderá vir a sofrer. Ademais, um cuidado que se preocupe em descolonizar, reduzir as tutelas, deixar de vigiar e controlar, para dar lugar à emancipação, à maior autonomia por parte dos sujeitos que sofrem ou que podem vir a sofrer.

Especificamente no que diz respeito à organização das práticas do cuidado, para o cuidado integral há que se subverter, ainda que de modo gradual e interno, a ordem interna dos espaços institucionais (como o hospital), ordem esta organizada com base nas hierarquias das autoridades cognitivas e valendo-se das necessidades dos profissionais, traçadas pela lógica da boa realização dos procedimentos de manipulação dos corpos. Trata-se de buscar construir um padrão de organização mais centrado nos sujeitos que sofrem.

Mas quais as pistas que temos sobre as possibilidades alternativas? Começo pelas relações dos profissionais com as pessoas. Tomando radicalmente a vida como valor, é o sofrimento das pessoas, presente ou futuro, que deve dar sentido ao trabalho dos profissionais da saúde. Sofrimento que é, para as pessoas que sofrem, sempre subjetivo e concreto, apreensível apenas no contexto também concreto de um modo de andar a vida. Sofrimento que o profissional, para aplicar a racionalidade do saber que o legitima, precisa transformar em sofrimento objetivo e abstrato, passível de ser comparado com tantos outros semelhantes, capaz de ser atribuído a alterações orgânicas, no limite atribuído à doença. Se a transformação do sofrimento do sujeito em doença, que necessariamente se dá por um afastamento analítico do contexto de vida do sujeito que sofre, é um imperativo da racionalidade médica, que cria desse modo a possibilidade de aplicar todo o caudal de conhecimentos que podem ajudar a diminuir o sofrimento, nada nessa racionalidade médica obriga o profissional a apagar da sua mente esse sujeito que sofre. Ao contrário, o entendimento de que qualquer intervenção justificada pela racionalidade médica se faz necessariamente em sujeitos concretos, com seus sofrimentos, com seus sonhos e aspirações, e com seus temores, estas só ganham sentido quando contextualizados nesse modo concreto de andar a vida.

Ou seja, se abrimos mão da pretensão do saber dos profissionais da saúde de definir exclusivamente a partir da racionalidade médica, a conduta que deve ser implementada, criamos a possibilidade de uma relação emancipadora. O que não significa abandonar a racionalidade médica nem o conhecimento sobre as doenças, nem as formas de intervenção de que dispomos. Ao contrário, isso significa que o conhecimento do profissional permite-lhe alguma apreensão das necessidades de saúde do outro sujeito que sofre, e que o conjunto de intervenções concretas que

propõe com base no conhecimento de que dispõe devem entrar em contato com outros conhecimentos, sobretudo aqueles que se referem ao sofrimento concreto nos modos de andar a vida, também concretos. Trata-se de buscar a construção de um projeto terapêutico individualizado valendo-se de uma prática dialógica intensa, propiciadora de uma fusão de horizontes. Só assim será possível dialogar e proceder a um balanço entre o sofrimento da pessoa, eventualmente gerado por uma doença, e o sofrimento desta mesma pessoa gerado pelas formas de intervenção propostas pelo profissional. Trata-se de reconhecer que, em cada encontro com o outro, o profissional em parte sabe e em parte ignora o que é necessário para desenhar uma proposta terapêutica capaz de produzir um sucesso prático.

Mas o que caracteriza o conhecimento dos profissionais é decorrente da capacidade da racionalidade científica da medicina de indicar um conjunto de possibilidades de intervenção. Nesse sentido, cabe zelar para que as propostas feitas pelos profissionais sejam o mais próximo possível do conhecimento estabelecido no campo da ciência. Este é um ponto fundamental: não será deixando de se estudar a doença e as técnicas de intervenção que se modificarão as relações de poder hoje vigentes. Pelo contrário, tomando como ponto de observação a relação dos profissionais com a indústria, mediada pelas estratégias de *marketing* destas, a relação de emancipação acontece quando os profissionais contrapõem às informações difundidas nas propagandas, aquelas que mais se adequam ao ideal da prática da ciência contemporânea. Isso significa que a capacidade de um profissional de reconhecer em uma informação sua base científica, e de examiná-la de modo crítico, assim como a capacidade de buscar informações sobre uma questão na literatura científica, são ferramentas da emancipação dos profissionais diante das propostas das indústrias. A má-formação técnica é o melhor coadjuvante da colonização dos profissionais pela indústria.

Analogamente, o exame crítico das evidências oferecidas pelas práticas das ciências sobre os riscos das doenças é um importante balizador das práticas que visam a oferecer às pessoas propostas de mudança de comportamento ou de modos de andar a vida feitas com a promessa de que, ao seguir as normas recomendadas, poderá evitar sofrimento futuro. Ou seja, como exercício da prudência diante das práticas cotidianas da medicalização, pode-se defender uma promoção da saúde centrada no conhecimento da doença. Evitar normas que não sejam embasadas no conhecimento sobre as doenças é uma forma de evitar que normas características de uma classe social sejam imputadas a outras; é zelar para que os juízos morais dos profissionais não disparem dispositivos de enquadramento do desviante; ou, o que

é ainda mais grave, disparem os dispositivos produtores no outro de um sentimento de culpa. Resistir à medicalização exige a consciência dos limites do conhecimento que nos autoriza socialmente a oferecer ao diálogo com o outro nossas propostas de evitar sofrimentos futuros. Só em um diálogo com essa perspectiva poderemos produzir dialogicamente um balanço entre sofrimentos gerados pelo esforço de promover a saúde e aquele que adviria da sua não-promoção. É claro que, na perspectiva emancipatória, impõe-se o radical respeito pelos profissionais da saúde das recusas de qualquer um que seja em adotar nossas recomendações – ou seja, ao direito de não adotar o que consideramos um comportamento saudável.

Por outro lado, no plano da organização das práticas de saúde, o esforço aqui deve ser feito para se buscar apreender o sofrimento produzido pelas práticas de cuidado. Trata-se de, em primeiro lugar, dar especial atenção às manifestações de indignação dos usuários dos serviços de saúde, de pequenos episódios de rebeldia, de questionamentos à ordem instituída nas instituições de saúde. Uma análise crítica desses episódios pode contribuir para nossa percepção, como profissionais da saúde, de algumas das conseqüências impremeditadas de nossas ações, e das opressões que com elas provocamos. Em segundo lugar, examinar de modo sistemático as trajetórias percorridas pelas pessoas na tentativa de obter algo nos serviços de saúde, as estratégias dessas pessoas para minimizar ou contornar os obstáculos e os sofrimentos produzidos pelo padrão de organização dos serviços de saúde. Em terceiro lugar, cabe o esforço de compreender a experiência vivida pelo outro ao se submeter às regras e procedimentos que preconizamos. Trata-se, em resumo, de buscar compreender as razões das atitudes e comportamentos dos outros nas tensões que estabelecem com as razões dos profissionais da saúde. Ou seja, fundamentalmente, trata-se de reconhecer que a racionalidade médica não é a única útil para construir o cuidado integral.

Está-se falando, portanto, de reposicionar radicalmente a ciência e a racionalidade médica. Isso envolve abandonar a pretensão do conhecimento científico de indicar o que é melhor, mas envolve o reconhecimento de que esse conhecimento é de grande importância para balizar a oferta de propostas de intervenção que fazemos a outros sujeitos, na perspectiva de defesa da vida. Envolve também a idéia de que esse conhecimento, para ser útil na perspectiva do cuidado integral, precisa ser traduzido e confrontado com outras formas do conhecimento, a começar por aquelas formas não científicas de conhecimento, decorrentes da própria experiência da vida, visando à produção de uma fusão de horizontes quanto ao projeto terapêutico emancipador.

Isso implica, na subjetividade dos profissionais, substituir a luta corporativa centrada na autoridade do conhecimento pela luta pelo reconhecimento dos profissionais, à medida que eles contribuam com a produção de sucessos práticos significativos.

É claro que esse posicionamento não é possível de imediato, pois a luta por instituí-lo se faz desde o exercício do poder que se quer superar. Tal luta envolve a adoção de uma perspectiva ético-política como orientadora do trabalho em saúde e do ensino das profissões de saúde. Como indiquei em outro trabalho, nesta proposta ética e política:

nós, profissionais da saúde, deveríamos buscar no imperativo moral de defesa da vida, e dos ideais de uma vida mais bela e mais feliz o sentido para nossas práticas profissionais. Nela, nosso conhecimento é verdadeiro na medida em que (e somente na medida em que) permite produzir o alívio do sofrimento, permite evitar um sofrimento possível, permite alargar os modos de andar a vida estreitados pela doença, enfim, na medida em que produzimos nos outros uma vida mais bela e feliz. Nela, nossos compromissos morais nos levam a um contínuo (re)exame de nossas crenças (de nossas condutas, de nossos procedimentos, das regras que pautam nossas práticas, etc.), explorando a possibilidade de substituí-las por crenças melhores. Exame que se faz não apenas através do exercício da autocrítica, mas também (e sobretudo) pelas tentativas de ampliação dos consensos intersubjetivos, pela ampliação do ‘nós’, deslocando-se de categorias profissionais (médico, enfermeiro, nutricionista, cirurgia-dentista, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, farmacêutico, profissionais de nível técnico, agentes comunitários etc.) em direção a um nós chamado ‘equipe’. E deslocando-se (através de práticas dialógicas, do exercício da escuta, da fusão de horizontes, do exercício da alteridade, do desenvolvimento de cumplicidade etc.) de um nós chamado equipe para um nós que inclua os outros não profissionais (usuários, pacientes, sujeitos, cidadãos, ou como se queira chamá-los); um nós que efetivamente seja capaz de buscar uma vida mais bela e mais feliz. (Mattos, 2007: 140)

## REFERÊNCIAS

- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1): 63-72, 2001.
- CANGUILHEM, G. *Ideologia e Racionalidade nas Ciências da Vida*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- COLLIÈRE, M. F. *Promover a Vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel, 1999.
- COSTA, J. F. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- GIDDENS, A. *A Constituição da Sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.



- MACHADO, R. *et al.* *Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal. 1978.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs.) *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Abrasco, 2001.
- MATTOS, R. A. Responsabilidade intelectual e solidariedade: por uma ética profissional pautada pela integralidade. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B. & MATTOS, R. (Orgs.) *Trabalho em Equipe sob o Eixo da Integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Cepesc, Abrasco, 2007.
- ROSEN, G. *Da Polícia Médica à Medicina Social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- SANTOS, B. S. *Para um Novo Senso Comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática..* São Paulo: Cortez, 2001. v. 1. *A Crítica da Razão Indolente: contra o desperdício da experiência*.