



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE  
JOAQUIM VENÂNCIO

**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL DE GESTÃO EM SERVIÇOS  
DE SAÚDE**

**MEDICINA PARA O SUS? QUAL MEDICINA? Um estudo sobre as bases  
epistemológicas e políticas da biomedicina e sua relação com o princípio da  
integralidade**

Victor Senna Diniz

**Orientador:** Gustavo Matta

**Rio de Janeiro**  
**2009**  
Victor Senna Diniz

MEDICINA PARA O SUS? QUAL MEDICINA? Um estudo sobre as bases epistemológicas e políticas da biomedicina e sua relação com o princípio da integralidade

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para aprovação no curso técnico de nível médio em saúde com habilitação em Laboratório de Bodiagnóstico em Saúde

Orientador: Gustavo Corrêa Matta

Rio de Janeiro  
2009  
Victor Senna Diniz

MEDICINA PARA O SUS? QUAL MEDICINA? Um estudo sobre as bases epistemológicas e políticas da biomedicina e sua relação com o princípio da integralidade

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para aprovação no curso técnico de nível médio em saúde com habilitação em Laboratório de Bodiagnóstico em Saúde

Orientador: Gustavo Corrêa Matta

Aprovado em: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

(Nome do Componente da Banca Examinadora – Instituição a que pertence)

---

(Nome do Componente da Banca Examinadora – Instituição a que pertence)

---

(Nome do Componente da Banca Examinadora – Instituição a que pertence)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todas as pessoas que me apoiaram na elaboração desse trabalho, de forma direta ou não. Agradeço especialmente à minha família, que esteve ao meu lado provendo todo o suporte técnico e apoio emocional – sem ela, certamente o caminho seria muito mais árduo. Agradeço profundamente aos meus amigos próximos, que me influenciaram desde a escolha do tema até as nuances técnicas do trabalho. Agradeço à Luciana (Lu), pessoa a qual possibilitou que os encontros entre orientador e orientando pudessem ser consolidados – não sei o que seria dessa monografia sem as brechas na agenda de meu ocupado orientador. Agradeço, claro, a este último, Gustavo Matta, cuja experiência e sapiência acerca do tema é singular – sem ele, não conheceria as apaixonantes discussões acerca da racionalidade biomédica, que intensificaram os meus anseios quanto à minha escolha acadêmica. E, por fim, agradeço à minha companheira Luiza, presente de maneira ímpar em minha vida emocional e acadêmica – credito grande parte das minhas conquistas nos últimos anos a essa moça que me é tão querida.

## RESUMO

Nas últimas décadas, o sistema de saúde brasileiro vem desenvolvendo políticas e práticas voltadas para a universalidade e integralidade da atenção. Com base em saberes e práticas biomédicas questiona-se os princípios políticos, epistemológicos e sociais e sua relação com o princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de uma perspectiva crítica acerca de questões sociais, políticas, econômicas e epistemológicas, esse trabalho se propõe a identificar e analisar os constrangimentos presentes entre as práticas integrais em saúde, analisado sob uma ótica do conceito ampliado de saúde, e a biomedicina, vista como a racionalidade médica hegemônica no SUS. As práticas médicas desta razão médica, tal como é consolidada, não converge para práticas integrais por motivos epistemológicos e político-econômicos. Para que haja essa aproximação, torna-se necessário uma série de articulações que trabalhem em conjunto, envolvendo as formas de produção social do conhecimento, das ações e serviços públicos, da formação médica, e principalmente, de uma política social em defesa da vida.

Palavras-Chave: SUS. Integralidade. Epistemologia. Biomedicina

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	11
2.1 O CAMPO CIENTÍFICO.....	11
2.2 A RACIONALIDADE CIENTÍFICA MODERNA.....	12
<b>3 A BIOMEDICINA</b> .....	22
3.1 HISTÓRICO DA BIOMEDICINA.....	22
3.2 ELEMENTOS DA RACIONALIDADE BIOMÉDICA.....	28
3.2.1 - Cosmologia.....	28
3.2.2 Doutrina Médica.....	29
3.2.3 Morfologia.....	29
3.2.4 Dinâmica Vital.....	30
3.2.5 Diagnose.....	30
3.2.6 Sistema de Intervenção Terapêutica.....	32
<b>4 A ORGANIZAÇÃO DO SUS - SEUS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES</b> .....	33
4.1 UNIVERSALIDADE.....	36
4.2 EQUIDADE.....	36
4.3 INTEGRALIDADE.....	37
4.4 DESCENTRALIZAÇÃO.....	40
4.5 REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO.....	41
4.6 PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE.....	41
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	43
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	51
<b>REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA</b> .....	54

## 1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos séculos, a racionalidade científica se desenvolveu como um alicerce epistemológico e metodológico para o pesquisador - como uma estrutura de pensamento, explicação e concepção do mundo natural. Percebemos, todavia, que as transições histórico-sociais estão diretamente associadas às novas articulações da racionalidade, conformando-se de acordo com as demandas das sociedades em que a mesma está inserida. Dessa forma, o conhecimento científico é mutável, se adequando aos desejos e interesses dos pesquisadores, às técnicas apreendidas e conhecimentos previamente concebidos.

Analisado sob esse aspecto, o campo científico é uma manifestação social que compreende tensões de poderes e interesses humanos, não devendo atribuir o conhecimento produzido por este como absoluto. Para Pierre Bourdieu:

*“A verdade do produto reside numa espécie particular de condições sociais de produção (...) O universo “puro” da mais “pura” ciência é um campo social como outro qualquer, com suas relações de força e monopólios, suas lutas e estratégias, seus interesses e lucros, mas onde todas essas invariantes revestem formas específicas.”*  
(Bourdieu, 1994: 122).

Assim, a racionalidade científica não se mantém estática, apesar de apresentar sempre características em comum - traços estruturais e fundamentais. *A ciência vem sendo gestada ao longo dos séculos, conformando a modernidade, dela sendo a semente e o fruto* (LUZ, 1988: 15), visando sempre o seu “progresso” e o que é considerado “positivo” para o conhecimento científico.

Entretanto, essa concepção da ciência não é a difundida pelo senso comum, ao contrário, trata-se de um campo cujo conhecimento produzido é amplamente aceito na sociedade. A sua “neutralidade” e “objetividade” aparente atribui um caráter único à ciência – que apenas ela descreve o real tal como ele é. Há uma valorização tamanha desta, que quando um determinado conhecimento é “cientificamente comprovado”, este quase transcende o plano do real – passa a ser reconhecido por muitos como um saber dogmático.

Neste sentido, a medicina moderna, por ser um campo científico pertencente a essa racionalidade, possui um grau de aceitação social amplo, com suas práticas identificadas muitas vezes como dogmáticas. E dentre essas práticas, está a de se examinar os pacientes

como potenciais portadores de lesões teciduais (analisada sob uma ótica fragmentada), assimilando informações acerca de um quadro de doenças catalogadas com os dados coletados por meio dos exames dos mesmos. Com o diagnóstico definido a partir dos indícios obtidos, a prática terapêutica se dá principalmente por meio de medicamentos e cirurgias (Camargo JR, 1997).

Entretanto, analisando os traços constituintes da biomedicina, principalmente quando confrontados com a prática médica, e o que está definido na Constituição de 1988 acerca das diretrizes básicas do SUS, nota-se um distanciamento, ou até mesmo uma inversão, de ideais. Os pressupostos da biomedicina podem divergir, por exemplo, de dois princípios que constituem o SUS de maior relevância histórica e conquista do povo brasileiro: a integralidade e a universalidade.

O texto constitucional afirma que a população, em sua totalidade, deve possuir acesso *ao atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais*. Entretanto, as práticas e saberes biomédicos, que serão analisados com maior profundidade, apontam para uma preferência dos serviços assistenciais frente às atividades preventivas.

Além disso, a própria definição de um indivíduo saudável que é defendida no Sistema Único de Saúde difere do defendido nas práticas biomédicas. Em oposição à compreensão de tal conceito para a biomedicina, definida como ausência de lesões teciduais ou disfunções orgânicas, encontra-se a definição de saúde concebida de maneira mais ampla e complexa. De acordo com o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde:

“Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das forças de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”. (1986, 8ªCNS: 04).

Ora, verifica-se um confronto de diferentes perspectivas da própria definição de saúde e de valores. Se por um lado a biomedicina afirma que um indivíduo é saudável quando não possui enfermidades ou lesões teciduais, por outro, o Conselho Nacional de Saúde, cujo produto constituiu como base para estruturação da Constituição, define saúde de maneira mais

ampla, identificando como o bom funcionamento do organismo como um todo. Além disso, a principal razão médica utilizada no SUS valoriza os serviços assistencialistas frente aos preventivos e a Constituição preconiza a prioridade para as ações preventivas, concebendo o processo saúde/doença de forma ampliada e integral. Nota-se um confronto entre os pressupostos biomédicos e o princípio da integralidade.

Quanto à universalidade, é explicitado no Artigo 196 da Constituição Federal de 1988 que:

*“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”*  
(Brasil, 1988).

Analisando os pressupostos biomédicos e o texto legal, podemos observar que há uma divergência quanto às respectivas práticas. Por um lado, a Constituição defende que a saúde é direito de todos e dever do Estado, com acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação; por outro, os métodos de produção biomédicos são excessivamente caros, podendo colocar em risco a universalidade do sistema.

Frente ao quadro apresentado, pode a medicina moderna atender aos princípios e diretrizes estruturais do Sistema Único de Saúde? Quais as aproximações e oposições entre a biomedicina e a atenção integral proposta na Constituição? Como organizar um modelo de atenção à saúde universal e integral com base somente nos saberes e práticas da biomedicina? Essas são algumas indagações que nortearão o trabalho em questão.

Entretanto, devido à necessidade de uma delimitação do tema de maneira mais profunda, somado à disponibilidade de tempo insuficiente para a elaboração de tamanho trabalho, nos ateremos somente às discussões acerca da integralidade, que tampouco serão esgotadas no trabalho em questão.

E para adentrar em tamanha discussão, tanto de importância como de extensão, a monografia em questão está dividida em quatro capítulos, na respectiva ordem: Fundamentação Teórica, A Biomedicina, A Organização do SUS – seus princípios e diretrizes e Discussão. E, por fim, será apresentada a conclusão do trabalho.

O primeiro capítulo da monografia em questão é dividido em dois subcapítulos: o Campo Científico, demonstrando sob qual ótica será analisado a ciência e o campo científico,

e a Construção da Racionalidade Científica Moderna, que fundamentará as bases epistemológicas para a consolidação da racionalidade biomédica. Este capítulo terá como função demonstrar qual será o olhar lançado sobre o tema proposto de forma crítica, e como o próprio título anuncia, apresentar quais são os fundamentos teóricos que servirão como alicerce nas discussões posteriores.

A partir das bases apresentadas no primeiro capítulo, o segundo capítulo aborda questões próprias da racionalidade biomédica, sendo dividido também em duas etapas: Histórico da Biomedicina, que fará uma exposição das transformações metodológicas e epistemológicas da medicina moderna, e Caracterização da Biomedicina, que a partir do conceito/operador racionalidade médica, são detalhadas as dimensões que conformam a biomedicina. A função desse capítulo é a apresentação do que seria a medicina moderna e como esta se consolida na sociedade, questão fundamental para uma melhor compreensão do tema.

O terceiro capítulo apresenta os princípios e diretrizes que constituem o Sistema Único de Saúde. E sendo o SUS um modelo de seguridade social resultante dos processos históricos e epistemológicos, a fim de uma melhor compreensão e contextualização, o capítulo traz ainda a exposição das transformações políticas em saúde nas últimas décadas.

O quarto capítulo é a etapa do trabalho que se atém somente à discussão propriamente dita do tema. Apesar da elaboração de críticas ao longo da monografia, torna-se necessário a construção de um capítulo apenas para abordar as tensões epistemológicas e metodológicas que a biomedicina apresenta quando inserida no Sistema Único de Saúde.

Por fim, será apresentada a conclusão do trabalho, construída com base nas discussões e posicionamentos apresentados ao longo da monografia.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 O CAMPO CIENTÍFICO

A sociologia da ciência repousa na premissa de que a veracidade do produto reside num estado determinado da estrutura e do funcionamento do campo científico. O campo científico é um campo social como outro qualquer, com suas relações de forças e monopólios, suas lutas e estratégias, seus interesses e lucros (Bourdieu, 1994). Dessa forma, esse capítulo tem como objetivo desmistificar o dogma a cerca das verdades científicas para melhor análise do tema – verificado também como uma luta de interesses.

O campo científico é o espaço de uma luta concorrencial, onde o que está em jogo é fundamentalmente o monopólio da autoridade científica definida, como capacidade técnica e poder social (Bourdieu, 1994). Isto é, o monopólio da competência científica compreendida enquanto capacidade de falar e agir legitimamente (de maneira autorizada e com autoridade). Sendo assim, o próprio funcionamento do campo científico produz e supõe uma forma específica de interesse. As práticas científicas não aparecem como “desinteressadas” senão quando referidas a interesses diferentes, produzidos e exigidos por outros campos. Essas estão orientadas para a aquisição de autoridade científica – prestígio, reconhecimento – verificando o “interesse” por uma atividade científica sempre sob a ótica da dupla face.

Bourdieu afirma a cerca da relação político-epistemológica que:

“Reciprocamente, os conflitos epistemológicos são sempre, inseparavelmente, conflitos políticos; assim, uma pesquisa sobre o poder no campo científico poderia perfeitamente só comportar questões aparentemente epistemológicas.” (Bourdieu, 1994: 108)

Tendo como base o conceito de campo científico apresentado, torna-se impossível, nesta perspectiva, tentar distinguir entre as determinações propriamente científicas e as sociais – entre o que é importante para o pesquisador e o que é importante para os outros pesquisadores. O que é percebido como importante e interessante é o que tem chances de ser reconhecido dessa maneira aos olhos dos outros.

Além disso, torna-se importante grifar que os investimentos se organizam com referência a uma antecipação – consciente ou inconsciente – das chances de lucro em função do capital acumulado. Assim, explica-se a tendência dos pesquisadores a se concentrar nos

problemas considerados como os mais importantes, pois tende a trazer um lucro simbólico mais importante. Entretanto, a intensa competição desencadeada tem chances de determinar uma baixa nas taxas médias de lucro material e/ou simbólico a cerca dessas questões mais “centrais”, levando a conseqüente migração de pesquisadores em direção a novos objetos menos prestigiados, com competição menos acirrada (Bourdieu, 1994).

*“Não há escolha científica – do campo da pesquisa, dos métodos empregados, do lugar de publicação; ou, ainda escolha entre uma publicação imediata de resultados parcialmente verificados e uma publicação tardia de resultados plenamente controlados – que não seja estratégia política de investimento objetivamente para a maximização do lucro propriamente científico, isto é, da obtenção do reconhecimento dos pares-concorrentes.” (Bourdieu, 1994: 115)*

Nesse sentido, não se pode deixar levar pela perspectiva difundida pelo senso comum de que a objetividade seria correspondente à realidade e alcançada pela supressão e superação da mera opinião, pois o campo científico é um campo social como outro qualquer, constituindo suas relações de forças, lutas, estratégias e interesses.

Muitas críticas já foram formuladas contra esse senso comum, configurando a ciência como uma prática social fundamentada em um conjunto de crenças e valores partilhados por certo grupo de pessoas do que na eventual capacidade de seus métodos de desvendar a realidade tal como ela é. Contudo, tal redescrição da ciência e de suas práticas não anula suas especificidades como forma social de produção de conhecimento, nem nega a 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. (Mattos, 2004)

## 2.2 A RACIONALIDADE CIENTÍFICA MODERNA

A racionalidade científica moderna, muito embora tenha se constituído com maior expressão nos séculos XVIII e XIX, tem seu início com o Renascimento no século XVI. Esta surge dentro de um processo histórico de buscas do homem por transformações e explicações do mundo natural, fundamentada em uma lógica racional, desdobrando os conhecimentos em ciências novas cada vez mais específicas.

Ao decorrer dos séculos, a racionalidade científica tem-se conformado para o pesquisador como uma estrutura de pensamento e explicação do mundo. Porém, esta pode ser transformada e adaptada. Tais transformações são fruto das demandas das diversas sociedades e desejos dos pesquisadores, que por meio da avaliação do objeto de pesquisa, tecnologias e conhecimentos prévios, desenvolvem um método que tem como objetivo justificar e quantificar determinados fenômenos. Agregado a isso, atribui-se a essas mudanças os diversos sistemas socioculturais em que a ciência esteve inserida no processo histórico. Dessa forma, a racionalidade científica não se mantém estática, apesar de apresentar sempre características em comum - traços estruturais e fundamentais.

Assim, torna-se importante grifar que a ciência se desenvolveu a partir de tensões, sejam elas intelectuais, políticas, econômicas ou sociais, e permanece em contínua mutação (embora retendo seus traços fundamentais que serão apresentados mais adiante). Tais tensões estão intrínsecas à racionalidade científica, sem os quais não haveria o desenvolvimento do conhecimento científico (Luz, 1988).

Entretanto, para um entendimento mais profundo sobre o que é a ciência e a racionalidade que a rege, devem-se estudar tais elementos desde a sua origem, séculos XV e XVI. E para isso, analisar a estrutura sócio-política em que o homem esteve inserido nesse período e as transformações que estavam ocorrendo em determinado contexto. Trata-se de um período da história de profunda crise cultural, onde se experimenta uma nova forma de pensar e ver mundo.

Como dito anteriormente, a ciência se constituiu a partir de tensões e rupturas, inserida em um panorama de profunda transformação da sociedade. Esse quadro conflituoso vinha se conformando desde o século XII, onde ocorreram diversas transformações na Europa que contribuíram para a crise do sistema feudal. Inicia-se com o renascimento comercial e a volta do contato da Europa com o Ocidente, ambos impulsionados em grande parte pelas Cruzadas. Com o renascimento comercial, há um aumento de moeda circulante nas cidades, desarticulando o sistema de trocas. Desenvolvido os centros urbanos, há uma migração da população rural para as cidades nascentes (êxodo rural), atraídos grande parte pelas oportunidades de emprego. Ao longo de três séculos, uma nova classe surge: a burguesia, que dominava o comércio e possuía alto poder econômico. Tal classe emergente possuía interesses, ideologias e costumes próprios, que por sua vez, eram distintos da pequena parcela dominante da sociedade feudal. Entretanto, a burguesia, aos poucos, apropriou-se do poder político e econômico dos senhores feudais. Por fim, os Reis substituem o exército de vassalos

por contratados, tendo em vista que, com o enriquecimento dos centros comerciais, os monarcas puderam aumentar os impostos, e com isso, as suas riquezas (Koshiha, 2000).

No final do século XV, os senhores feudais encontravam-se enfraquecidos politicamente e economicamente. A lógica da tradição de sangue e patrimônio da terra abre espaço para uma nova classe que valoriza os bens materiais e as riquezas. A dinâmica econômica do sistema feudal fundamentada em trocas comerciais perde força para o capital mercantil, disposto a buscar novas formas e lugares para obter uma quantidade de riquezas (metais preciosos) cada vez maior. Além disso, o sistema monarca-absolutista, impulsionado pela grande quantidade de bens que a burguesia podia lhe proporcionar, passa a ser o foco e fundamento da ordem social, ofuscando em parte o poder religioso da Igreja.

*“Nascia desse modo a Europa, cuja inovadora característica consistia em ser politicamente dividida em monarquias nacionais, mas economicamente unificada pelo mercado. O Estado absolutista foi, ao lado do desenvolvimento da economia de mercado, um dos importantes elementos do mundo moderno”.* (Koshiha, 2000)

O mercantilismo, conjunto de práticas econômicas, ambicionava a conformação de um Estado-nação forte, logo, com demasiada intervenção desse último. A ideologia mercantilista partia do princípio que um Estado forte é o que possuir mais riquezas (acumulação de metais preciosos). Dessa forma, a procura de uma balança comercial favorável e a unificação do mercado interno eram os principais objetivos dessa prática econômica. E para a obtenção destes, principalmente do primeiro, tornou-se necessário a busca de novas formas e lugares para exploração e extração de riquezas, atravessando o Oceano se preciso for. Para o estudo em questão, trata-se do início do capitalismo, pois o mercantilismo é o primeiro conjunto de práticas econômicas expressivas que ambiciona, primordialmente, o capital (Koshiha, 2000).

Assim, os comerciantes passam a ser os verdadeiros protagonistas desse novo mundo, com valores diferenciados dos antigos, ligados principalmente aos bens materiais e ao pragmatismo cotidiano, baseada na defesa da livre iniciativa e no individualismo.

Junto a essa onda de transformação e reorganização social, há grandes mudanças nos movimentos artísticos desse período. O Renascimento, como ficou conhecido, retoma os valores da Antiguidade clássica, opondo-se à cultura leiga com expressões artísticas ligadas à religião, predominante na Idade Média. Foi o ponto inaugural de diversas áreas, tais como a arte, a filosofia, a ciência e a tecnologia, tendo como disseminação desses ideais a partir dos

centros urbanos. Essas mudanças no meio científico-cultural, agregada à classe burguesa emergente e ao novo sistema econômico que aos poucos se estrutura, opõem-se da tradicional ordem medieval (Luz, 1988).

Entretanto, deve-se ressaltar que tais mudanças não eram “bem-vindas” para determinada parcela mais conservadora da população, principalmente as ligadas à classe dominante. Reflexo disso são as reações político-religiosas de conservação e repressão, tão bem demonstradas nos tribunais da Inquisição, pelas perseguições religiosas, guerras e a própria contra-reforma (Luz, 1988).

De acordo com Madel Luz, *O Renascimento não contesta apenas os limites daquilo que se pode pensar e em que se deve crer, mas também daquilo que se pode ser e do que se deve fazer.* (Luz, 1988: 17) E para os renascentistas a estrutura hierárquica, fundamentada na teologia e nas instituições católicas, é um empecilho direto não só ao pensamento e à criatividade, mas à ação humana - de invenção de máquinas e novas tecnologias ou de costumes e relações sociais.

No período renascentista, emerge em diversos campos sociológicos a representação do indivíduo independente, capaz de mudar o meio social e pessoal. De uma maneira geral, as práticas e teorias formuladas no âmbito social se fundamentavam em uma concepção antropocêntrica humanista.

Entretanto, não se deve confundir com o antropocentrismo filosófico clássico, que fundamenta sua linha de raciocínio com o fato dos homens estarem de certa forma “desligados” do domínio dos deuses, tendo como foco, assim, eles mesmos. Trata-se de uma questão ainda mais ampla: o homem torna-se proprietário da natureza, podendo dessa forma, esquadrihar, separar e manipular como bem desejar (Luz, 1988).

Assim, essa atitude antropocêntrica - “naturalista” e humanista, define a primeira característica fundamental da racionalidade moderna. *O Antropocentrismo que valoriza acima de tudo as iniciativas do gênero humano – (individuais, coletivas) de conhecimento do “mundo natural”, com a finalidade de desvendá-lo, desbravá-lo, explorá-lo.* (Luz, 1988: 18)

Esse comportamento, unido à idéia do desenvolvimento de novas técnicas a partir de estudos científicos – tecnologia – deforma a visão e o conceito filosófico dos homens com relação ao mundo natural. A Natureza passa a ser vista como um “engenho” ou “máquina”, cujas entranhas devem ser expostas e analisadas pelos pesquisadores. O homem, a partir de então, concebe o mundo natural de maneira estritamente objetiva e pragmática, com um

determinado foco – o objeto de análise. Objeto esse que se define por ser um fragmento da “máquina”<sup>1</sup> (Luz, 1988).

O argumento mecanicista do mundo se desenvolveu de forma tão profunda para o homem renascentista moderno, que para muitos o próprio conceito sobre o que seria Deus foi “levemente” alterado. Até então, Deus era representado pela sociedade como um ente superior - onipresente, onipotente e onisciente, que observava e julgava as atitudes das pessoas, podendo castigá-las ou não. Com essa nova concepção do mundo natural, Deus passa a ser representado como “O grande engenheiro”, detentor de todo o conhecimento natural, que com o poder divino cria o Universo e a Natureza como conhecemos.

À grosso modo, a concepção de Universo mecânico modifica a imagem de Deus, transformando-o em uma espécie de “relojeiro”, criador de um grande mecanismo que inicia o movimento, deixando-o que se auto-regule. Concepção essa de um tempo linear, com um início, meio e fim.

O termo Natureza começa a ser utilizado no século XIII, originado morfologicamente da palavra *Natura* – conjugação do verbo *nascere* em latim. Essa palavra está estritamente associada à idéia de fonte, nascimento ou origem. Com a difusão do Renascimento e os novos olhares sobre o mundo, esse vocábulo torna-se mais popular e difundido pela Europa nas diversas áreas do conhecimento, como na filosofia, na moral e nas artes.

Entretanto, o termo nunca obteve um significado universal e específico, variando muitas vezes pelos diferentes aspectos e conhecimento de quem o utilizava. Duas ambigüidades estavam presentes acerca de seu significado: a primeira é referente à inserção do homem na natureza, designando-a como algo externo ao homem, sendo o meio em que se insere (origem), contrapondo com a idéia de que a natureza seria algo interna ao homem, uma espécie de dimensão dele próprio; a segunda é a ambigüidade estabelecida entre Natureza e Matéria, que por um lado interpreta-se como um útero que gera o homem e os seres-vivos, logo como se fosse parte, e por outro como uma fonte de onde se originou, portanto, de algo que não se faz mais parte – independência (Luz, 1988).

Dessa forma, o natural é confrontado como um reino cognoscível - objeto passível de estudos. O homem diferencia-se da Natureza e a analisa de forma objetiva, de acordo com o

---

<sup>1</sup> A partir do século XVII, se desenvolve uma filosofia natural entre o meio social, artístico e intelectual, que reproduz um método experimentalista de sistemas enunciados sobre aspectos específicos do mundo natural. Tal filosofia é conhecida como Mecanicismo, e que a partir dela, se originam as disciplinas científicas modernas e, de forma muito mais expressiva que o próprio Renascimento, consolida a ciência como forma socialmente privilegiada e legitimada de produção de “verdades”.

seu desejo. Elaborar-se, a partir de então, uma organização tanto no mundo em que o homem se insere, quanto nas dimensões internas do corpo humano.

*“Exterioridade, independência e objetividade são praticamente sinônimas na moderna concepção de “Natureza”. A natureza da racionalidade científica moderna será, progressivamente, o fruto de uma montagem epistemológica. Montagem que permitirá a ordenação não apenas do mundo “externo” ao humano, mas também do “interno”.” (Luz, 1988: 20).*

Essa visão independente e objetiva é condição sine qua non epistemológica e ontológica para que o homem possa conhecer e moldar o reino da natureza, a partir da razão.

Com o pensamento racional, nota-se uma desdivinização da Natureza. Ao longo dos anos, os estudiosos renascentistas depararam-se com interpretações diferentes dos fenômenos que ocorriam. Galileu Galilei, por exemplo, descobre ao usufruir determinada tecnologia (luneta) e debruçar-se sobre a observação cotidiana que havia astros que giravam em volta de outros astros. Superficialmente, esse fato pode não representar muito, entretanto, com essa informação coloca-se abaixo a teoria Geocêntrica. Abre espaço para a consolidação de uma nova teoria, a Heliocêntrica.

A visão renascentista de desvendar que o que se acreditava desde sempre não o é de fato, como o ocorrido com Galileu, era a base para a busca da ordem “verdadeira” da Natureza. Essa ordem ainda não foi descoberta, e para tal, deve-se se empenhar na prática cotidiana de observação.

Porém, desvendar a ordem oculta da Natureza não é um conhecimento final ou eterno. Trata-se de algo que deve estar em constante mudança, recriando e readaptando devido às novas percepções da observação. O intuito de criar uma teoria acerca de algum fenômeno está relacionado com significados racionais que se integram a outros fenômenos. De acordo com Madel Luz, trata-se de *recriar continuamente, através da busca de evidências empíricas e de significados racionais que se encaixam uns nos outros, uma ordem de sentidos ou conjuntos de ordens de sentidos, que se constroem como um quebra-cabeça.* (Luz, 1988: 21)

Essa *busca de sentidos* que a Luz apresenta se fundamenta na racionalidade científica, que por um lado se baseia em questões lógicas, dedução, e por outro na inteligência.

Deve-se destacar que os anseios dos renascentistas não se esgotavam apenas na apreensão do conhecimento como um princípio explicativo. A intenção era transcender as

abstrações da razão para a vida cotidiana e os problemas sociais existentes. Não se deve ignorar que a origem dos estudos está ligada fundamentalmente na vida cotidiana e nas questões concretas existentes, como o comércio e a guerra.

E para atender à urgência de determinadas questões, o julgamento pragmático sobre o conhecimento elaborado se dá por meio da experimentação. Desenvolve-se o método científico moderno como constituição de um saber (“verdade”), uma característica fundamental da racionalidade científica moderna (Luz, 1988).

Dessa forma, o experimentalismo é fundamentalmente utilitário, pois está estritamente relacionado com a demanda das soluções dos problemas imediatos. E este se exprime de três maneiras fundamentais: como exploração, na medida em que visa novas teorias para fenômenos já explicitados anteriormente, cuja informação já é considerada insuficiente, expondo novas ordens de significação para tais; como intervenção, a partir do momento que cria instrumentos de observação, iniciando a era das tecnologias; e, por fim, desbravadora, na medida em que se torna estratégia para o descobrimento das “verdades” ocultas na natureza, seja de ordem material ou intelectual (Luz, 1988).

Como dito anteriormente, a natureza sofre um processo de profunda dessacralização. Esta passa a ser vista sob o olhar materialista, com uma objetividade específica. A natureza passa a ser analisada como objeto, e o homem, possuidor da razão, como o sujeito capaz de compreendê-la. Deve-se observar, entretanto, que a razão explícita na racionalidade científica é aquela fundamentada na prática da observação e na técnica, construindo uma linha de raciocínio lógica.

O homem do período que compreende a história moderna “desvenda” o mundo natural, quantificando, teorizando e obtendo grande êxito com a manipulação dos seus elementos. Consegue, portanto, retirar riquezas e poder concentrados da natureza, como até então não conseguira fazer. O mundo natural torna-se, a partir de então, uma verdadeira “força produtiva”, a serviço dos distintos sistemas político-econômicos em vigência ao longo da história. (Luz, 1988)

Entretanto, ao analisar com maior profundidade a razão que se fundamenta na visualização do mundo natural como algo objetivo e material, passível de ser apreendido e explicado, se notará um conjunto de dualidades. De acordo com Luz:

*“As rupturas dualistas da racionalidade moderna (matéria-espírito; qualidade-quantidade; natureza-homem; objeto-sujeito; corpo-alma;*

*sentidos-razão; organismo-mente; paixões-vontade) são dicotômicas, não admitindo terceiros princípios, ou sínteses.” (Luz, 1988: 25).*

Desta forma, a racionalidade científica e seus métodos de produção de “verdades” se constroem e fundamentam em uma característica dualista, portanto, tendem a reproduzir nas suas teorias dualidades e dicotomias. Esse reducionismo, tendo como campo de possibilidades apenas duas opções (pólos), é uma característica metodológica, teórica e epistemológica da racionalidade científica, que muitas vezes – para alguns pensadores - torna-se limitadora à própria prática do pensar (Luz, 1988).

Além disso, a racionalidade científica moderna é organicista e fundamentada em linhas de raciocínio estritamente lógica, e quando possível, matematizada. Ao longo dos séculos, há uma tentativa de transcender essa razão para as diversas áreas do conhecimento humano, os tornando passíveis de estudo. Esse traço inédito, até então, para o homem instaura-se tanto no âmbito do objeto (mundo, coisas, meio natural) como no âmbito do sujeito (o próprio homem) (Luz, 1988).

Verifica-se, então, um verdadeiro estilhaçamento do homem – a ruptura do próprio sujeito de conhecimento em compartimentos: sentimentos, anseios, paixões, razão. Dessa forma, haverá diferentes exercícios para se produzir o conhecimento científico nessas áreas. De acordo com Luz:

*“A produção de verdades para a razão será a ciência; as paixões para a política e para a moral será a ética; os sentimentos e os sentidos para as artes será a estética (...). A fragmentação do sujeito (“homem”) é um dos sinais do avanço da racionalidade científica sobre a sociedade moderna.” (Luz, 1988: 26).*

Deve-se observar, entretanto, que a ciência moderna não é somente uma forma de compreender ou decifrar o mundo. Trata-se, primordialmente, de uma maneira de organizar o mundo. A decifração do mundo natural é ambicionada, porém, apresentar as ordens de sentidos dos elementos naturais torna-se primordial quando praticado o método de produção de conhecimento científico. A prática sistemática de um conjunto de ações e observações, que constituem o método, muitas vezes, apresenta-se como mais fundamental que a própria veracidade do fenômeno analisado. Para Luz, “*trata-se de um regime específico de produção*

*de enunciados de verdade, no qual as regras da produção são mais importantes, em última instância, que sua “veracidade” enquanto tal.” (Luz, 1988: 29).*

A prioridade da forma de produção sobre o “verdadeiro” ou “falso” define-se, assim, como outro traço característico da racionalidade científica. Entretanto, é a conseqüente capacidade de mudança das verdades aceitas pelo meio científico e social que definem a racionalidade moderna. Tal mutabilidade das “verdades” é garantida pelo exercício do método, que a racionalidade científica se firme como único meio de produção de verdades permanente (Luz, 1988).

Como consolidação dessa linha teórica, está o dogma filosófico elaborado por Descartes: o meio de produção de “verdades” de maneira mais pura, sem concepções, preconceitos e ideologias, é garantido pelo método científico. A finalidade de tal é precisamente “pôr a razão no bom caminho”, evitando o erro. O método, portanto, é um caminho, um procedimento que visa garantir o sucesso de uma tentativa de conhecimento, da elaboração de uma teoria científica, constituindo-se basicamente de regras e princípios. (Marcondes, 2001)

Inspirado na geometria, Descartes apresenta quatro regras necessárias ao método científico no *Discurso do Método*: a primeira é a regra da evidência: *jamaiz aceitar uma coisa como verdadeira que eu não soubesse ser evidente como tal*; a segunda, a regra da análise: *dividir cada uma das dificuldades que eu examinasse em tantas partes quantas possíveis e quantas necessárias para melhor resolvê-las*; a terceira, a regra da síntese: *conduzir por ordem meus pensamentos, a começar pelos objetos mais simples e fáceis de serem conhecidos, para galgar, pouco a pouco, como que por graus, até o conhecimento dos mais complexos*; e, por fim, a quarta: *fazer em toda parte enumerações tão complexas e revisões tão gerais que eu tivesse a certeza de nada ter omitido.* (Descartes, 1989, apud Marcondes, 2001)

Supõe-se com essa racionalidade que as teorias científicas são fruto da correta aplicação da razão ao objeto de estudo, verificados por experiências controladas. Estas devem ser capazes de serem reproduzidas em qualquer outro lugar ou momento desde que forneça as condições e técnicas necessárias para que tal fenômeno seja reproduzido, a partir de uma linha de raciocínio lógica-observativa, como desenvolvido e apresentado por Descartes. Assim, o método científico presume que o mundo é composto por elementos simples, irreduzíveis, que obedecem a determinadas leis. Visão esta de um mundo mecânico, passível de apreensão de conhecimento e controle a partir da razão.

Acredita-se que o método científico descrito por Descartes seja o caminho para a construção do conhecimento científico. Assim, a racionalidade científica moderna, aliada ao método, se conforma como alicerce metodológico para os campos de conhecimento científico que conhecemos, tais como a engenharia, a física clássica e a medicina.

Este último, objeto de estudo da monografia em questão, quando fundamentada no campo científico da biologia é classificada como biomedicina. O capítulo, até então apresentado, teve e tem como objetivo demonstrar as bases epistemológicas (nosologia) que regem essa racionalidade médica.

Como apresentado, as ciências se constituem a partir de pressupostos implícitos da racionalidade científica moderna, levando ao desenvolvimento de características semelhantes entre as ciências que conhecemos. Desta forma, a biomedicina apresenta bases cognitivas semelhantes às apresentadas na física, com um “imaginário científico” atrelado aos ideais constituintes da mecânica clássica. Isto é, caminha no sentido de isolar componentes, reintegrando posteriormente em seus “mecanismos” originais: o todo é necessariamente dado pela soma das partes – eventuais inconsistências devem ser arremetidas ao desconhecimento de uma ou mais “peças”. (Camargo Jr., 1997)

Camargo Jr. resume a razão que rege a biomedicina em três proposições:

- Leis e modelos – A biomedicina dirige-se à produção de discursos com validade universal, propondo modelos e leis de aplicação geral, não se ocupando de casos individualizáveis – caráter generalizante. (Camargo Jr., 1993)
- Mecanismos Causais – Há uma tendência à naturalização das máquinas produzidas pela tecnologia humana, passando o “Universo” a ser visto como uma gigantesca máquina, subordinada a princípios de causalidade linear traduzíveis em mecanismos – caráter mecanicista. (Camargo Jr., 1993)
- Fragmentação em componentes elementares – A abordagem teórica e experimental adotada para a elucidação das “leis gerais” do funcionamento do todo é necessariamente dado pela soma das partes – caráter analítico. (Camargo Jr., 1993)

E para melhor compreensão da cosmologia implícita à racionalidade biomédica, serão analisados os processos históricos a cerca da cognição e práticas médicas no capítulo seguinte. Além disso, serão expostas as características da biomedicina e como tal racionalidade médica se articula atualmente.

### 3 A BIOMEDICINA

#### 3.1 HISTÓRICO DA BIOMEDICINA

A biomedicina<sup>2</sup>, principal racionalidade médica nas sociedades Ocidentais e no Sistema Único de Saúde, é fundamentada nos princípios da racionalidade científica, com seu meio de produção de verdades e concepção de mundo muito semelhante ao explicitado acerca da razão científica moderna. Entretanto, a medicina ocidental contemporânea passou por diversas transformações até se conformar como a biomedicina que conhecemos atualmente. E para melhor entendimento do que seria a racionalidade médica em questão, será apresentado um histórico das tensões e relações cognitivas que se desdobraram ao longo dos séculos que ocasionaram em sua metamorfose.

O deslocamento epistemológico – e clínico – da medicina moderna, de uma arte de curar indivíduos doentes para uma disciplina das doenças, supõe uma passagem histórica de vários séculos, que se inicia no Renascimento, do final do século XV ao início do século XVI. Mais exatamente, a nova racionalidade tem a Anatomia, com Leonardo da Vinci (1452-1519), e em seguida em André Versálio (1514-1564), um momento inaugural, de ruptura com as velhas concepções de organismo humano. O corpo humano ganha, no desenho preciso e na descrição detalhista, a objetividade do olhar que viu, na dissecação oculta dos cadáveres<sup>3</sup>, a forma verdadeira dos órgãos e das veias (Luz, 1988)

O corpo humano passa a ser analisado morfológicamente como uma grande máquina, cujas peças se encaixam de maneira ordenada para articular os movimentos e ações dos indivíduos. Com a união da morfologia com o funcionamento do organismo (em termos mecanicistas), essa medicina cada vez mais mecanizada terá dado um grande passo para sua conformação.

Entretanto, a tal medicina que estava se conformando antecede o período áureo do mecanicismo clássico (segunda metade do século XVII e a primeira metade do século XVIII),

---

<sup>2</sup> A denominação de tal razão médica é devido à vinculação desta com o conhecimento produzido pelo campo científico da Biologia.

<sup>3</sup> Deve-se levar em consideração que à época de Da Vinci e de Vesálio a Igreja ainda interditava a dissecação dos cadáveres. De acordo com Foucault, esse quadro se modifica apenas no início do século XVIII, quando essa interdição não funciona mais na prática: *Morgagni, em meados do século XVIII, não teve dificuldades em fazer autópsias; tampouco Hunter, alguns anos mais tarde (...). Desde 1754, a clínica de Viena tinha uma sala de dissecação, como a de Pávia organizada por Tissot.* (Foucault, 1987: 145).

fazendo parte, ao invés, do imaginário médico da grande “engenharia” proveniente do Renascimento.

Tendo essas análises como referência, é próprio do reducionismo da concepção mecânica do organismo, imaginado como conjunto de peças movendo-se segundo uma lógica articuladora, da qual é preciso, através da análise, descobrir o sentido (ou as ordens de sentidos) que origina, por oposição, a questão da Vida (ou do vitalismo) como questão epistemológica, tanto para a medicina, como para a ciência natural como um todo. (Luz, 1988)

Dessa forma, a vida torna-se uma questão “não resolvida” no conhecimento, na medida em que deixa de ser o objeto central de uma prática (a clínica).

Machado expõe acerca da transformação da medicina clássica em moderna que:

*“Trata-se da inauguração de um conhecimento que se tornou científico quando a medicina se transformou em uma ciência empírica. Sua característica fundamental é ser baseada na observação, na percepção que, a instituindo como ciência empírica, possibilita que rejeite a atitude predominantemente teórica, sistemática, filosófica própria de seu passado.”* (Machado, 1981: 105)

A ruptura que inaugura a medicina moderna é o recorte de um novo domínio, é a demarcação de um novo espaço: a passagem de um espaço da representação, ideal, taxonômico, superficial para um espaço objetivo, real, profundo. (Machado, 1981). Ou seja, a passagem de um espaço de configuração da doença como essência para um espaço de localização da doença – espaço corpóreo individualizado. O que se transformou foi o modo da existência do discurso médico no sentido em que este não se refere mais às mesmas coisas, nem utiliza a mesma linguagem.

Foucault analisa a ruptura da medicina clássica dos séculos XVII e XVIII com o nascimento da clínica. A análise do autor define e distingue em “protoclínica” do século XVIII, “clínica” do final do século XVIII e “anátomo-clínica” do século XIX.

Apesar da protoclínica apresentar uma estrutura conceitual específica, seu estudo não é o passo fundamental da caracterização do tipo de ruptura inaugurado pela medicina moderna. A clínica do século XVIII não representa uma transformação decisiva da experiência médica; ela é, de fato e de direito, contemporânea da medicina classificatória, na medida em que não

critica radicalmente seus princípios (Machado, 1981). Isso ocorre porque neste período a clínica não é produtora de conhecimentos, não tem o objetivo de criar uma nosografia, mas de “reunir e tornar sensível” o espaço nosográfico.

*“A clínica não é um instrumento para descobrir uma verdade ainda desconhecida; é uma determinada maneira de dispor a verdade já adquirida e de apresentá-la para que ela se desvele sistematicamente. A clínica é uma espécie de teatro nosológico de que o aluno desconhece de antemão o desfecho”* (Foucault, 1926: 128, apud Machado, 1981: 101)

A utilidade do doente é de exemplificar as doenças, que não são conhecidas a partir do inventário do organismo do doente, como será feito mais tarde. O doente é um simples acidente cuja realidade individual não deve prejudicar a ordem essencial da doença. A função da clínica em meados do século XVIII é fundamentalmente pedagógica. *Não a função de produzir, mas a de reproduzir conhecimento* (Machado, 1981): *a clínica só diz respeito a esta instrução, no sentido estrito, que é dada pelo professor a seus alunos. Não é em si mesma uma experiência, mas o resultado, para o uso dos outros, de uma experiência anterior* (Foucault, 1926: 148 apud Machado, 1981: 105).

Assim, a protoclinica do século XVIII, mesmo que tenha um perfil próprio, não introduz nenhuma ruptura na história da medicina. O que mostra a análise arqueológica é que ela está mais próxima da medicina clássica do que da medicina moderna. (Machado, 1981).

A clínica do final do século XVIII, entretanto, desempenha um papel diferente da protoclinica do ponto de vista de sua posição no campo do conhecimento e da prática médicos.

*“Entre a clínica e a protoclinica se verifica uma importante mutação que é devida à posição que ocupa a percepção na aquisição do saber médico. A medicina clássica devia depender o menos possível da percepção: seu objeto era o espaço racional da classificação das entidades patológicas e a função do olhar era simplesmente remeter à ordem do pensamento que devia definir as essências.”* (Machado, 1981).

A clínica torna-se inovadora quando se apresenta com a primeira tentativa de fundamentar o saber com a percepção. A partir dela, o olhar do observador é produtor de conhecimento, não tendo mais a função de ilustrar a teoria ou a ela se adequar – ao mesmo tempo em que se observa, se pesquisa.

O estudo da clínica, em contraposição com a medicina classificatória, se realiza pelo estabelecimento de uma relação entre este saber médico, a analítica da linguagem de Condillac e o cálculo de probabilidades – um modelo gramatical e um modelo matemático. *A clínica abre um campo tornado ‘visível’ pela introdução no domínio patológico de estruturas gramaticais e probabilísticas* (Foucault, 1987: 134).

A clínica, por ser fundamentada no modelo da analítica da linguagem de Condillac, possibilita o fim da distinção absoluta entre a realidade da doença, os signos e os sintomas e, conseqüentemente, que o campo da percepção – campo dos signos e dos sintomas – se torne uma entidade lingüística. (Machado, 1981) Se o sintoma tem uma estrutura complexa que o identifica à doença e o torna signo de si mesmo é porque ele é um signo natural, isto é, desempenha o mesmo papel que um tipo específico de linguagem desempenha na filosofia de Condillac:

*“No equilíbrio geral do pensamento clínico, o sintoma desempenha quase o mesmo papel que a linguagem de ação: como esta, ele está inserido no movimento geral da natureza; e sua força de manifestação é tão primitiva, tão naturalmente dada quanto o instinto que funda esta forma inicial de linguagem.”* (Condillac apud Machado, 1981)

Michel Foucault articula a cerca da linguagem que:

*“Ele [o sintoma] é a doença em estado manifesto, como a linguagem de ação é a impressão, na vivacidade que a prolonga, a mantém e a transforma em uma forma exterior que tem a mesma realidade que sua verdade interior”* (Foucault, 1987: 108)

Essa linguagem tem como pressuposto a capacidade que a palavra tem de descrever o real: quando enunciado um signo específico, o ouvinte deverá remeter à mesma imagem e

significado que o locutor se refere; e, ao mesmo tempo, quando observada uma imagem, deverá ser representado ao signo correspondente como linguagem ideal e perfeita.

E para isso, essa linguagem de ação deve se tornar uma língua composta de *signos de instituições*, isto é, escolhidos pelo homem e capazes de analisar o pensamento. Pensado como linguagem de ação o sintoma, que é a realidade da doença, tem uma estrutura lingüística e pode ser enunciado por uma linguagem rigorosa – o real descrito por palavras.

Além disso, a clínica se pauta no cálculo de probabilidades, mesmo que de forma imperfeita e precária. A clínica do final do século XVIII utilizará a teoria matemática das probabilidades, a incerteza *como a soma de determinado número de graus de certeza isoláveis e susceptíveis de um cálculo rigoroso* (Foucault, 1987), reestruturando, assim, o seu campo de percepção – *transformando o fato patológico em um acontecimento registrado que faz parte de uma série aleatória* (Machado, 1981).

*“A medicina clínica, mesmo que de modo imperfeito, é fundamentalmente uma investigação que se desenvolve ao nível dos signos e dos sintomas: é isso que lhe impõe um tipo específico de relação entre percepção e linguagem. (...) metodologicamente ‘Naissance de la clinique’ se situa nesses dois níveis, que considera como necessariamente conjugados.”* (Machado, 1981: 138)

Na clínica não existe distinção entre ver e dizer. Percepção e linguagem devem estar rigorosamente articuladas. Assim, a clínica não é um conhecimento empírico, um conhecimento do real, isto é, do corpo doente. Na medida em que relaciona o olhar médico com o espaço dos signos e dos sintomas, o conhecimento produzido por ela é analítico. (Machado, 1981)

O contexto histórico correspondente ao nascimento da clínica incita que a linguagem científica deva ser enunciada a partir de prefixos e sufixos gregos e latinos, bem como sua correspondência à estrutura matemática, compondo um imaginário de objetividade e universalidade.

No início do século XIX, essa concepção a cerca da medicina clínica será profundamente modificada com a constituição da anátomo-clínica<sup>4</sup>. A anátomo-clínica se constitui fundamentalmente a partir da relação que se estabelece entre os métodos da clínica e

---

<sup>4</sup> Como o próprio nome indica, o nascimento da anátomo-clínica é o resultado da relação constitutiva da clínica com a anatomia patológica.

da anatomia-patológica, caracterizando-se por serem dois olhares de superfície: a clínica, que se propõe a ler os sintomas patológicos, e a anatomia patológica, que estuda as alterações dos tecidos. (Foucault, 1987)

A anatomo-clínica se propõe a relacionar sintomas e tecidos. Isto é, estabelece uma relação entre os sintomas e as lesões tissulares, ligação entre duas superfícies de níveis diferentes que institui uma terceira dimensão, e conseqüentemente, um volume. Estabelecendo um caminho entre as dimensões heterogêneas dos sintomas e dos tecidos cria um novo espaço de percepção médica: o corpo doente.

Com a anátomo-clínica, a doença passa a ser localizada no corpo e a lesão explicaria os sintomas. Para diagnosticar a doença o olhar médico deve penetrar verticalmente no corpo, em um percurso que se estende da superfície sintomática à superfície tissular - do manifesto ao escondido.

*“Eis a grande modificação no saber médico produzida pela anatomo-clínica: o acesso do olhar ao interior do corpo doente que faz com que a doença deixe de ser uma entidade nosológica para se tornar uma realidade existente no corpo e identificada pela lesão. O espaço da doença é o próprio espaço do organismo. A doença é o próprio corpo tomado doente”.* (Machado, 1981: 139)

Na clínica, como apresentado, não há uma diferença fundamental entre signo e sintoma, ou seja, todo sintoma podia se tornar signo e todo signo era apenas um sintoma. Na anátomo-clínica estes se dissociam e o signo passa a ter valor somente na medida em que remete à lesão, ao organismo doente.

É justamente neste deslocamento da doença considerada como essência nosográfica para a doença identificada com o organismo doente em que reside a principal característica da transformação que deu nascimento à clínica moderna. A anátomo-clínica, abandonando inteiramente os postulados da medicina classificatória, assimila completamente o espaço da doença ao espaço do organismo. *A partir de 1816, o olho do médico pode se dirigir a um organismo doente. O a priori histórico e concreto do olhar médico moderno completou sua constituição.* (Foucault, 1926, apud Machado, 1981: 148).

## 3.2 ELEMENTOS DA RACIONALIDADE BIOMÉDICA

Após a análise da consolidação da racionalidade científica moderna - e como esta se insere na medicina ocidental - e exposição das transformações metodológicas e epistemológicas da medicina moderna, podemos, finalmente, abordar as características da biomedicina.

Essa abordagem será elaborada a partir de um conceito/operador segundo um tipo ideal weberiano<sup>5</sup> compreendendo cinco dimensões (categorias) específicas: a morfologia humana (anatomia); a dinâmica vital (fisiologia); a doutrina médica (o que é doença ou adoecimento, sua origem ou causa, sua evolução ou cura); o sistema diagnóstico; e, por fim, um sistema de intervenção terapêutica. Vale ressaltar que o fundamento do conjunto dessas dimensões reside em uma cosmologia<sup>6</sup>, ou uma razão. Criado por Madel Luz, tal conceito é denominado Racionalidade Médica e foi idealizado a partir da necessidade da existência de métodos que tenha como fim comparar diferentes conjuntos de práticas médicas.

Apesar do foco do trabalho não ser a comparação de diferentes conjuntos de práticas e conhecimentos médicos, tais como a homeopatia e a biomedicina, será utilizado este método devido à sua capacidade de expor a razão biomédica de forma mais didática.

### 3.2.1 - Cosmologia

A cosmologia da racionalidade biomédica compreende todo esse imaginário científico apresentado até então: fundamentada nos traços pertencentes à racionalidade científica moderna, tem como percepção do real pressupostos mecanicistas, generalizantes e analistas. E Com o nascimento da clínica, a medicina passa a ser concebida como a medicina das lesões e tem como foco as “anomalias” anátomo-fisiológicas.

Essa concepção constitui o que a racionalidade biomédica concebe como real, possibilitando, assim, estabelecer um conjunto de práticas e produção de conhecimento.

---

<sup>5</sup> Racionalidade Médica segundo um tipo ideal weberiano – Weber fala da construção de um conceito como tipo ideal, ao construir a própria categoria “capitalismo”. Ao invés de constituir-se em estrutura epistemológica construída a priori, como o conceito científico comum, o tipo ideal é construído a partir de traços “ideais”, isto é, traços considerados (pelo pesquisador, em princípio) socialmente básicos e que se manifestam empiricamente em realidades histórico-sociais distintas. Reunindo-se vários desses traços ou características básicas segundo um propósito (teórico, hipotético) de pesquisa, pode-se propor um “modelo” de ações ou relações sociais estruturadas segundo uma racionalidade dada, isto é, um conjunto de significados e sentidos que se pode apreender na análise. A categoria racionalidade médica foi construída de acordo com a epistemologia implícita na lógica dos tipos ideais.

<sup>6</sup> Entende-se por cosmologia nesse trabalho como uma perspectiva de ordenação geral daquilo que existe e das formas de apreender esse “real”.

### 3.2.2 Doutrina Médica

A racionalidade biomédica não possui um conjunto de regras e ideais ético-normativos explícito que guie o médico. A atividade profissional e o próprio referencial teórico da medicina não dispõem de um “*fio condutor*” *claramente enunciado*. Não há textos ou documentos que explicitem noções e conceitos fundamentais para a medicina, tais como saúde, doença, cura (Camargo Jr., 1993).

Há, entretanto, uma doutrina, ou um conjunto de idéias, que regem a biomedicina de maneira implícita, fundamentada parte pela forma consensual de exercício da prática médica e parte pelos conceitos da racionalidade científica apresentada. Tais representações são, no seu conjunto, coerentes com a razão mecanicista que sustenta o saber médico, podendo ser identificado com certa clareza nas “entrelinhas” do conhecimento da medicina moderna.

Esse grupo de representações poderia ser resumido em um número bem pequeno de proposições, tais como: “as doenças são coisas, de existência concreta, fixa e imutável, que variam de lugar para lugar e de pessoa para pessoa; as doenças se expressam por um conjunto de sinais e sintomas, que são manifestações de lesões, que devem ser buscadas por sua vez no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta” (Camargo Jr., 1993). Tais representações transformam-se numa espécie de “corpo teórico” paracientífico, com um conjunto de categorias próprias.

### 3.2.3 Morfologia

A partir do século XIX, o processo histórico da medicina se desenvolveu do macro para o microscópio, rearticulando seu campo semântico a cada passo (por exemplo, o conceito de tecido elaborado na anatomo-clínica foi modificado após a incorporação da teoria celular, descrevendo seus vários tipos a partir de seus constituintes elementares, e não mais pela categorização macroscópica). As etapas foram: tecidos, órgãos, células, componentes celulares, biologia molecular, respectivamente (Camargo Jr. 1997).

Componentes por sistemas:

- Sistema Cardiovascular - coração, artérias, veias;
- Sistema Digestivo - esôfago, estômago, intestinos delgado e grosso, fígado, pâncreas exócrino;

- Sistema Endócrino – glândulas hipófise, pineal, tiróide, paratireóides, ovários, testículos, supra-renais, pâncreas endócrino;
- Sistema Geniturinário - rins, ureteres, bexiga, uretra, útero, gônadas, próstata;
- Sistema Nervoso - cérebro, cerebelo, tronco cerebral, medula espinhal, nervos periféricos;
- Sistema Imunológico - linfonodos, timo, sangue (glóbulos brancos);
- Sistema Musculoesquelético - ossos, músculos, tendões, ligamentos, articulações.
- Sistema Respiratório - pulmões, laringe, traquéia, brônquios;
- Sistema Reticuloendotelial - baço, medula óssea;

#### 3.2.4 Dinâmica Vital

Inserida em uma perspectiva mecanicista, racional e empírica, com suas bases atreladas à rigidez do método e ao campo científico da biologia, a dinâmica vital da racionalidade biomédica é concebida como a fisiologia do corpo humano. Em outras palavras, por não se situar em um campo metafísico, a dinâmica vital é compreendida como as funções dos sistemas, estando diretamente relacionada com a morfologia apresentada (Camargo Jr., 1993).

- Sistema Cardiovascular – distribuição de oxigênio e remoção dos nutrientes;
- Sistema Digestivo – processamento dos alimentos e absorção de nutrientes;
- Sistema Endócrino – controle do metabolismo e outras funções por hormônios;
- Sistema Geniturinário – excreção de resíduos metabólicos;
- Sistema Nervoso – interações sociais, sentidos e controles finais;
- Sistema Imunológico – defesa contra toxinas e microorganismos;
- Sistema Musculoesquelético – suporte dos demais órgãos e locomoção;
- Sistema Respiratório – oxigenação do sangue e eliminação de gás-carbônico;
- Sistema Reticuloendotelial – formação e destruição dos componentes celulares do sangue.

#### 3.2.5 Diagnose

O objetivo geral da diagnose é a caracterização de doenças, da forma mais minuciosa possível, detalhando-se todas as lesões presentes e sua evolução, idealmente chegando as suas causas originais.

A operação da diagnose na biomedicina pode ser dividida em dois tipos: anamnese e exame físico. A primeira consiste no recolhimento do histórico do paciente. Trata-se de um roteiro padronizado que abrange alguns dados de identificação e fatores sociodemográficos (idade, profissão, etc.), agregando em seguida as queixas do paciente e estabelecimento de uma cronologia e contextualização da possível patologia – a ordem em que os sintomas surgem, sua relação com outros eventos, adoecimentos anteriores e doenças presentes na família. (Camargo Jr., 1993). Assim, a anamnese se ocupa fundamentalmente com os sintomas do paciente.

O exame físico, por sua vez, é dividido em semiologia “armada” e “desarmada”, possuindo tal classificação devido às técnicas utilizadas por estas – se necessita de aparatos tecnológicos desenvolvidos ou não. A primeira semiologia é tratada como um exame complementar (ao menos em teoria) e sua natureza é extremamente variada e complexa, não possuindo nenhuma especificidade com relação aos outros métodos, além da utilização da alta tecnologia. Devido a sua aparência de ciência “concreta”, a semiologia armada é mais valorizada no meio acadêmico, apesar de ainda depender da interpretação do médico quanto aos resultados. Camargo Jr. (1997) aponta para essa questão explicitando que *os exames complementares vem crescendo gradualmente em importância, ameaçando tomar a Semiologia uma arte perdida.*

Já o exame físico orienta-se pela anatomia do corpo humano, dividido em algumas regiões (abdome, tórax, cabeça e pescoço, etc.) e sistemas (cardiovascular e respiratório). Para cada área há uma técnica a ser elaborada: inspeção, percussão, palpação e ausculta. O exame compreende ainda a verificação de valores numéricos, como a temperatura corporal, a pressão arterial e a frequência do pulso, coletivamente denominados *sinais vitais*. (Camargo Jr., 1993)

Juntos, os exames físicos e complementares se atêm a caracterização dos sinais da doença, evidenciando as lesões. Essas “evidências” se opõem a idéia de “normalidade”, sendo identificadas como anomalias (algo que não deveria estar onde está), distorções (alterações nos resultados dos exames), supressões (quando algum evento deixa de ser observado) e variações quantitativas. (Camargo Jr., 2004). Deve-se ressaltar que essas “evidências” só são possíveis devido a um padrão de “normalidade” estabelecido: *o pano de fundo sobre o qual são contrastadas.*

### 3.2.6 Sistema de Intervenção Terapêutica

Não é possível evidenciar princípios gerais de orientação para a intervenção na biomedicina – a terapêutica é definida para cada uma das doenças inventariadas, e pode ser tão variável quanto o número de itens nesse catálogo. Embora teoricamente várias técnicas de intervenção devam ser utilizadas, na prática apenas medicamentos e cirurgias são considerados, via de regra, como terapêutica geral. Outras técnicas de intervenção – dietas, exercícios, etc. – apesar de descritas nos manuais, não tem o mesmo status teórico que a terapêutica mais “dura” possui. (Camargo Jr., 1997)

Do ponto de vista dos procedimentos executados, é possível identificar na Biomedicina os seguintes grupos de técnicas terapêuticas: medicamentosa, executado através da administração de fármacos; cirúrgica, implicando a manipulação direta das partes do corpo; física, que utiliza procedimentos como exercícios e massagens; e, por fim, a dietética (Camargo Jr., 1997).

Quanto a sua resolutividade, a terapêutica poderia ser dividida segundo outra taxonomia: sintomática, produzindo apenas a supressão de sintomas; paliativa, procurando limitar danos e desconfortos; suportiva, dirigida à manutenção das condições gerais do paciente; e, por fim, a etiológica, que removeria a causa original da doença. (Camargo Jr., 1997) Essa relação possui ordem inversa de valorização – o objetivo final das técnicas terapêuticas seria sempre remover as causas das doenças e, portanto, as próprias doenças.

#### 4 A ORGANIZAÇÃO DO SUS - SEUS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Qual deve ser a abrangência da proteção do Estado aos cidadãos? O Estado deve assistir a todas as áreas da saúde ou deve se ater somente a ações coletivas de prevenção? Qual a extensão desses direitos? Quem deve ser o responsável pela saúde dos indivíduos? Mesmo com a consolidação legal das respostas de tais questões, ainda hoje, estas apresentam-se de forma intensa no debate político e social, tensionando interesses políticos e econômicos, que acabam por somar às dificuldades para a concretização do modelo de proteção social atual brasileiro.

A garantia do direito à saúde para todos de forma igualitária e integral se concretizou legalmente muito recentemente, com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). E com a consolidação do SUS, viu-se necessário uma reorganização na configuração política de proteção social em saúde, muito mais abrangente que as antecessoras. O texto legal entende um indivíduo saudável de maneira complexa e preconiza a atenção integral a todos os cidadãos. Trata-se de uma proposta generosa e difícil de ser alcançada: um sistema político de saúde para todos e de qualidade.

O capítulo em questão tem como objetivo apresentar os princípios e diretrizes que constituem o Sistema Único de Saúde. E sendo o SUS um modelo de seguridade social resultante dos processos históricos e epistemológicos, torna-se necessário expor as transformações políticas em saúde nas últimas décadas, a fim de uma melhor compreensão e contextualização.

Com a instauração do golpe militar, em 1964, o sistema sanitário brasileiro passa por profundas transformações, experimentando uma expansão de caráter assistencialista a consolidação do complexo médico-empresarial, impulsionado pelas práticas de caráter desenvolvimentista (Baptista, 2007).

A primeira medida significativa no sistema previdenciário brasileiro ocorreu em 1966 com a unificação dos Iaps (Instituto de Aposentadorias e Pensões) e a constituição do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Entretanto, essa medida gerou uma migração de pacientes de alguns institutos, que apresentavam serviços de menor qualidade, para outros, gerando filas, superlotação em hospitais e demora no atendimento (Baptista, 2007).

A política proposta pelo INPS levou à inclusão de outras categorias de trabalhadores, aumentando ainda mais os problemas gerados com a união dos Iaps. A fim de solucionar tais questões, o Estado responde à demanda com a contratação dos serviços privados, permitindo a formação do ‘complexo médico-empresarial’ (Cordeiro, 1984, apud Baptista, 2007), dobrando

os gastos com a saúde e tendendo para uma maior ênfase ao atendimento hospitalar (Baptista, 2007).

A estrutura de atenção à população com a instituição do INPS em nada foi modificada em relação aos antigos Iaps, ou seja, apenas os contribuintes tinham o direito de usufruir do sistema. Apesar da inclusão de novas categorias de profissionais, apenas uma pequena parcela da população tinha o direito aos serviços de saúde, levando (elevando, muitas vezes) os índices de saúde da população brasileira a um estado alarmante.

O governo militar, no início da década de 70, enfrentava uma grave crise. Os problemas não se restringiam à área da saúde – com o término do “milagre econômico”, o governo adentra em um cenário de crise política, econômica e institucional. A fim de garantir a manutenção do governo, inicia-se um processo de redefinição de novas estratégias, tais como a instituição do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) e a política de abertura do governo.

*“Para a saúde, esse contexto significou a possibilidade de fortalecimento do ‘movimento sanitário’, que estabelecia sua base de apoio em instituições acadêmicas com forte respaldo teórico. A intelectualidade pertencente ao setor saúde divulgava estudos sobre as condições sociais e de saúde com críticas contundentes à condução política do Estado brasileiro e reivindicava mudanças efetivas na assistência à saúde no Brasil” (Baptista, 2007: 42).*

O movimento sanitário buscava reverter a lógica da assistência à saúde no país apresentando quatro proposições fundamentais para debate: a saúde é um direito de todos, independente de contribuição ou de qualquer outro critério de discriminação; as ações de saúde devem estar integradas em um único sistema, garantindo o acesso de toda a população a todos os serviços de saúde, seja de cunho preventivo ou curativo; a gestão administrativa e financeira das ações de saúde deve ser descentralizada para estados e municípios; o Estado deve promover a participação e o controle social das ações de saúde (Baptista, 2007).

Além disso, a própria concepção de um indivíduo saudável é visualizada de forma mais abrangente, sendo agora o resultado de outras esferas que até então não eram pressupostas. A saúde passa a ser concebida como a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a serviços de saúde, dentre outros fatores. Portanto, o direito à saúde significava a

garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação, em todos os níveis, de todos os habitantes do território nacional. (Baptista, 2007).

Dessa forma, a proposta reformista contemplava também intrinsecamente uma proposta de Estado. Partindo do princípio que todos os cidadãos têm o direito à saúde (entendo saúde como apresentado no parágrafo anterior), era necessária uma mudança na concepção e práticas do Estado como um todo. Ações como a redistribuição de renda, diminuição da burocratização e a participação popular na construção e controle da nação eram necessárias para a consolidação das propostas da Reforma Sanitária (Baptista, 2007).

Os anos que decorreram do final da década de 70 até o fim da ditadura militar foram marcados por divergências de interesses no quadro sanitário brasileiro. O movimento reformista apontava propostas de expansão da área de assistência médica da previdência, intensificando os conflitos de interesse com a previdência social, envolvendo poder institucional e pressões do setor privado.

Ao longo desse período, mesmo com as dificuldades impostas, foram elaborados alguns mecanismos de reformulação da saúde no país. Propostas como o Prev-Saúde, que atendia aos cuidados primários de proteção, promoção e recuperação da população; e o SAMHPS (Assistência Médica-Hospitalar da Previdência Social), que teve papel fundamental no controle de recursos destinados ao setor privado, foram essenciais para a discussão sobre a democratização e universalização do direito à saúde (Baptista, 2007).

Anos mais tarde, já com o início da Nova República, foi organizada a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS). Esta reuniu cerca de 4000 pessoas nos debates e aprovou a diretriz da universalização do direito à saúde e o controle social efetivo.

*“Após 20 anos de ditadura, conquistava-se o direito à participação; após séculos de desassistência, falava-se na definição de um modelo protetor com a garantia do direito à saúde integral.” (Faria 1997, apud Baptista, 2007: 43).*

A VIII CNS conformou-se principalmente como instrumento de pressão política, ocasionando na criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds). Além disso, seu relatório foi tomado como base para a discussão da reforma do setor saúde, quando o Sistema Único de Saúde (SUS) foi finalmente aprovado na Assembléia Nacional Constituinte de 1987/1988

*“O SUS insere-se em um contexto mais amplo da política pública – a seguridade social – que abrange, além das políticas de saúde, as políticas de previdência e assistência.”* (Baptista, 2007: 47).

O SUS se configurou como peça fundamental no processo de luta e construção do modelo protetor brasileiro. Seus ideais e bases teóricas (princípios) estão atreladas àquelas difundidas entre os defensores da “Reforma Sanitária”. Suas práticas (diretrizes) à experiência de mais de cinco décadas de modelos (e lutas por modelos) de proteção em saúde.

Finalmente, será apresentada a definição do que o trabalho em questão entende por cada um dos princípios, ou bases cognitivas (Universalidade, Equidade, Integralidade) e diretrizes (Descentralização, Regionalização e hierarquização, Participação da comunidade) que articulam diretamente com os princípios:

#### 4.1 UNIVERSALIDADE

*A saúde é um direito de todos e um dever do Estado* é o início do artigo 196 da Constituição Federal. Dessa forma, consiste na garantia de que todos os cidadãos, sem privilégios, devem ter acesso aos serviços de saúde públicos ou privados conveniados, em todos os níveis do sistema. É a garantia de que todos devam possuir uma igualdade na concepção de cidadania, uma vez que todos têm o direito político, legitimado pelo Estado, de acesso ao sistema de saúde. Uma espécie de cidadania sanitária. (Matta, 2007) Este é o princípio fundamental da reforma.

E sendo um direito do cidadão brasileiro, não se trata de um serviço restrito àquelas pessoas que financiam de alguma forma o sistema de saúde. A partir disso, pode-se observar que essa concepção de acesso à saúde diverge dos modelos anteriores de proteção, os quais apenas os contribuintes obtinham acesso (semelhante aos atuais planos de saúde particulares).

#### 4.2 EQUIDADE

O princípio da equidade é fundamentado a partir das desigualdades sociais e econômicas existentes no território nacional. Apesar de não apresentado explicitamente na Constituição, a equidade torna-se um princípio a partir do momento que o Estado assume o

papel de mantenedor da saúde (visto como o conceito ampliado de saúde) dos cidadãos. Para tal, torna-se necessário a regulação das diferenças existentes na condição humana.

Entende-se por esse princípio a concepção de regulador das diferenças, no sentido de reduzir ou atentar para estas. Ou seja, reconhecer a diversidade e a pluralidade dos cidadãos nas suas necessidades.

*“O princípio da equidade é fruto de um dos maiores e históricos problemas da nação: as iniquidades sociais e econômicas. Essas iniquidades levam a desigualdades no acesso, na gestão e na produção de serviços de saúde. Portanto, o princípio da equidade, para alguns autores, não implica a noção de igualdade, mas diz respeito a tratar desigualmente o desigual, atentar para as necessidades coletivas e individuais, procurando investir onde a iniquidade é maior.” (Matta, 2007: 73)*

#### 4.3 INTEGRALIDADE

O princípio da integralidade possui um maior destaque no trabalho em questão quando confrontados com os outros princípios, pois se trata do eixo central da discussão entre a biomedicina e o que está presente como fundamentação epistemológica do Sistema Único de Saúde. De fato, o texto constitucional não utiliza a expressão integralidade - ele fala em “atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (Brasil, art.198). Entretanto, o termo integralidade tem sido suficiente para abordar o significado desse princípio.

Como já apresentado, a consolidação da integralidade como um princípio explícito na Constituição Federal de 1988, assim como os outros, é um marco num processo amplo de lutas políticas travadas ao longo das décadas. Trata-se de uma vitória ideológica defendida por sanitaristas que se engajaram no esforço de construir uma crítica ao então sistema nacional de saúde, as instituições, e as práticas hegemônicas vigentes.

A integralidade surge, assim, como uma proposta de integração das ações promovidas pela saúde pública e pela medicina previdenciária, sustentada pelo argumento de que tanto as ações individuais quanto às coletivas eram necessárias e imprescindíveis para a garantia da saúde da população. Nasce, dessa forma, a idéia de um sistema único e integrado, com a composição de um novo Ministério da Saúde, reunindo suas antigas funções e as ações dos

Inamps; articulando entre os diferentes níveis de governo e de atenção. Em outras palavras, com esse princípio, o Estado compromete-se com qualquer tipo de atenção em saúde, do mais simples ao mais complexo. (Matta, 2007)

O princípio em questão, entretanto, não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns desejáveis (Mattos, 2007). A integralidade está associada à direção que se deseja seguir, à transformação da realidade, e não a um projeto específico. Consegue-se identificar práticas integrais, entretanto, não se verifica a possibilidade da criação de protocolos para se aplicar de maneira generalizante. Trata-se de um princípio polissêmico, com sentidos distintos (apesar de correlatos), sem dizer de maneira definitiva como a realidade deve ser, trazendo consigo um grande número de possibilidades de realidades futuras.

Um primeiro sentido de integralidade está relacionado com um movimento que ficou conhecido como medicina integral, originária nas discussões sobre o ensino médico nos Estados Unidos. Em linhas gerais, a medicina integral criticava o fato de os médicos adotarem diante de seus pacientes uma atitude cada vez mais fragmentária. Inseridos em um sistema que privilegiava as especialidades médicas, construídas em torno de diversos aparelhos ou sistemas anátomo-fisiológicos, os médicos tendiam a recortar analiticamente seus pacientes, atentando somente para os aspectos ligados ao funcionamento do sistema ou aparelho no qual se especializaram. Além disso, essa atitude era vista como reducionista, pois o conhecimento médico nas diversas especialidades ressaltava as dimensões exclusivamente biológicas, em detrimento das considerações psicológicas e sociais. (Mattos, 2007)

Assim, para a medicina integral, a integralidade teria a ver com uma atitude dos médicos que seria desejável, que se caracterizaria pela recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento. Atitude essa que deveria ser “produzida” nas escolas médicas, relacionando-se, desse modo, com a boa prática médica.

Quando “importada”, a concepção acerca da medicina integral ganhou traços próprios distintos do modelo americano. Esta não se consolidou como um movimento institucionalmente organizado. Ao invés, associou-se num primeiro momento a medicina preventiva (um dos berços do movimento sanitário), propiciando uma renovação teórica nessa área.

Nos anos setenta, nascia no Brasil a Saúde Coletiva, campo do conhecimento que se construía a partir de uma crítica a saúde pública tradicional, a medicina preventiva tal como proposta nos Estados Unidos, e a partir das contribuições do movimento de medicina social. E uma de suas premissas básicas era a de considerar as práticas em saúde como práticas sociais, e analisá-las como tal. Com isso, houve uma modificação no modelo típico de medicina integral devido à diferenciação no eixo de interpretação dos fatos: os comportamentos dos médicos não deveriam ser atribuídos exclusivamente às escolas médicas. Quer através de uma matriz de base no pensamento marxista, que ressaltava as mudanças nas relações de trabalho – a crise de uma medicina tipicamente liberal e o crescente assalariamento dos médicos –, quer através de uma leitura das articulações entre Estado, serviços de saúde e indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos – cristalizada na noção de complexo médico-industrial –, o peso atribuído às escolas médicas na produção daquela fragmentação e naquela postura reducionista foi sendo relativamente minimizado. Em consequência, para bem ou para mal, a transformação da escola médica deixou de ser uma estratégia privilegiada de transformação no movimento sanitário. (Mattos, 2007)

Concomitantemente a esse processo, desenvolveu-se um corpo de conhecimentos particularmente crítico as instituições médicas e as práticas médicas. Críticas ao saber médico e a sua racionalidade foram elaboradas, levando a crer que a atitude fragmentária e reducionista fosse decorrente da própria racionalidade médica, e do projeto de cientificidade dos médicos, tipicamente moderno. (Mattos, 2007) Em outras palavras, para se produzir uma postura integral, seria necessário superar alguns limites dessa medicina anátomo-patológica e, portanto, dessa racionalidade médica.

Um segundo conjunto de sentidos da integralidade relaciona-se mais diretamente com a organização dos serviços e das práticas de saúde. A criação do antigo Sistema Nacional de Saúde (SNS) consolidou uma antiga divisão entre as instituições responsáveis pela saúde pública e pela assistência médica – a primeira era pensada como sendo função do Ministério da Saúde, enquanto a segunda ficava na alçada do Ministério da Previdência. Essa formulação se fundamenta na concepção de que seria melhor dispor de um corpo de técnicos diferenciado para tratar de cada um desses tipos de necessidade de serviços de saúde. (Mattos, 2007)

Essa estrutura dicotomizada do sistema de saúde foi criticada em pelo menos duas perspectivas. A primeira era referente à forma de pensar assistência médica e saúde pública de forma independente – mesmo formulando políticas de saúde que pudessem articular ambas, consolidava-se a distinção entre elas. Surge, assim, a bandeira de luta pela unificação, construída formalmente na criação do Sistema Único de Saúde, e consolidada pela

incorporação do INAMPS pelo Ministério da Saúde (Mattos, 2007). A segunda é originada a partir da primeira, focando sua crítica no modelo hospitalocêntrico<sup>7</sup> vigente. A população precisava dirigir-se a unidades diferentes conforme suas necessidades dissessem respeito à assistência médica ou as práticas de saúde coletiva.

*“É nesse contexto que se forja a proposta de um modo de organização voltado para a articulação entre assistência e práticas de saúde pública. O princípio de integralidade, em um dos seus sentidos, corresponde exatamente a uma crítica da dissociação entre as práticas de saúde pública e práticas assistenciais.”* (Mattos, 2007: 56)

E para responder essas críticas, a noção de integralidade exigia certa “horizontalização” dos programas anteriormente verticais. As equipes das unidades deveriam passar a pensar suas práticas sobretudo desde o horizonte da população a que atendem e das suas necessidades, e não mais desde o ponto de vista exclusivo de sua inserção específica em determinado programa do ministério. (Mattos, 2007)

#### 4.4 DESCENTRALIZAÇÃO

De acordo com a Constituição, o SUS deve-se organizar a partir da “descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo” (1988: 63). A descentralização explicitada (política, administrativa e de serviços) é referente a um Estado federativo associado a princípios constitucionais que devem ser exercidos em cada esfera de governo. Corresponde, dessa forma, à distribuição de poder político e financeiro da União para as esferas estadual e municipal. Por trás dessa concepção, pressupõe-se que quanto mais perto o gestor está dos problemas de uma determinada comunidade, maior sua chance de acertar na resolução de tais.

*“No SUS, a diretriz da descentralização corresponde à distribuição de poder político, de responsabilidades e de recursos. Ou seja, estamos falando de uma ‘desconcentração’ do poder da União para*

---

<sup>7</sup> O adjetivo “hospitalocêntrico” é utilizado para designar um dos traços do modelo assistencial predominante na época, e de acordo com linhas teóricas acerca do tema, até hoje.

*os estados e municípios, tendo como objetivo a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.” (Matta, 2007)*

*“A descentralização é vista como uma estratégia para o enfrentamento das desigualdades regionais e sociais e prevê a transferência de poder decisório do governo federal para as instâncias subnacionais de governo.” (Baptista, 2007)*

#### 4.5 REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO

Essa diretriz tem sua origem na diversidade geográfica e epidemiológica que o país possui, fazendo com que haja políticas de saúde específicas para cada região. A regionalização implica em um melhor conhecimento por parte dos gestores dos problemas sociais e de saúde de suas localidades para que então se possa programar uma política condizente às respectivas necessidades. Este deve levar em consideração os perfis populacionais, indicadores epidemiológicos e condições de vida dos habitantes para aplicar as devidas medidas.

A hierarquização dos serviços segue a mesma lógica, organizando-se a partir dos diferentes níveis de complexidade dos serviços e com as realidades local e regional, servindo como um norteador da regionalização. Trata-se de uma rede que se define a partir da referência e contra-referência. Caso um município ou um serviço de saúde não consiga apresentar soluções para os problemas de saúde de um ou um grupo de indivíduos, este deve remetê-lo a outra unidade referenciada e apta a solucionar tal questão. A contra-referência é o ato de encaminhamento desse indivíduo ou grupo da unidade referenciada para o município de origem após a resolução desses problemas. (Baptista, 2007)

#### 4.6 PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE

Trata-se da garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas, poderá participar do processo de formulação das políticas e do controle de sua execução.

O SUS possui duas instâncias colegiadas de participação popular em cada esfera do governo: os conselhos de saúde, devendo se reunir de maneira permanente com o objetivo de formular políticas de saúde, exercer o controle social e acompanhar as ações e políticas de saúde; e as conferências de saúde, que se reúnem a cada quatro anos, com o objetivo de

avaliar a situação de saúde em suas áreas de competência e propor as diretrizes para formulação de políticas (Matta, 2007)

*“A participação da comunidade é um poderoso instrumento da sociedade, formalmente reconhecido e instituído no interior do SUS, para a participação e controle social no campo da saúde e na consolidação e desenvolvimento da democracia” (Matta, 2007)*

## 5 DISCUSSÃO

Após apresentar as bases teóricas concebidas, os conceitos necessários, servindo de “lentes” para análise do tema, nos aprofundaremos nas discussões e polêmicas acerca da racionalidade biomédica. Será abordado com maior destaque as tensões da racionalidade biomédica, frente à integralidade, e as possíveis alternativas apontadas por diferentes autores a essas questões.

E tendo em vista a extensão da discussão, será feita uma análise a partir da perspectiva epistêmica, sociológica e política. Claro, esses âmbitos estão intrinsecamente interligados, com distinções relativamente imprecisas, mas a utilização desse método de exposição foi escolhida por seu teor didático.

### 5.1 ANÁLISE EPISTÊMICA

Conforme já apresentado, a racionalidade biomédica, fundamentada nos traços pertencentes à racionalidade científica moderna, tem como percepção do real pressupostos mecanicistas, generalizantes e analistas. Com o nascimento da clínica, a medicina passa a ser concebida como a medicina das lesões e tem como foco as “anomalias” anátomo-fisiológicas que devem ser identificadas pelos biomédicos. Os olhares se voltam cada vez mais para as lesões e a concepção de um *indivíduo doente*<sup>8</sup> é substituída pela *lesão que está presente no corpo*.

Essa análise da racionalidade biomédica levou diversos idealizadores a concluir que esta racionalidade é insustentável frente às boas práticas médicas, ou ainda, frente aos pressupostos do princípio norteador integralidade.

A ênfase que a biomedicina promove nos aspectos biológicos, sua perspectiva fragmentada e fragmentadora e a hierarquização implícita dos saberes biomédicos são questões que se opõem às idéias agregadas sob o rótulo do cuidado e da integralidade. O médico acaba por se enquadrar como um prático que deve aplicar “corretamente” e com maior objetividade possível os conhecimentos sobre as doenças, tornando a competência dialógica e interpretativa um elemento secundário e circunstancial (Favoreto, 2007)

---

<sup>8</sup> O grifo é nosso.

A leitura desse ideal, entretanto, resultou na produção de posições (práticas de intervenção) distintas – com teor revolucionário ou reformista<sup>9</sup> (levando também à criação de posições híbridas). De um lado, parte dos idealistas defende a tese de que se devam subordinar os médicos a uma racionalidade sanitária ou defende o reconhecimento e a incorporação de outras racionalidades médicas que supostamente seriam mais harmoniosas com os pressupostos do princípio da integralidade – isto é, acreditam que a racionalidade biomédica não seja capaz de atender as práticas integrais, tendo como solução a substituição desta por outra racionalidade médica. De outro, estão os que mesmo partilhando daquela crítica ao saber e práticas médicas, apostam na desconstrução interna, feita de dentro das instituições médicas, identificando-se com o ideal da medicina integral estadunidense anteriormente apresentado. (Mattos, 2007)

A perspectiva revolucionária se pauta em questões que fundamentam a biomedicina – as críticas se iniciam na racionalidade científica, com suas relações de poder, forma de produção de conhecimento e ações que reafirmam a ciência como positivista e excludente. Neste sentido, a medicina moderna, por ser consagrada como uma ciência, reproduz os mesmos traços.

Sendo a racionalidade científica uma concepção do real bem difundida entre a sociedade, a biomedicina passa a ser igualmente difundida e hegemônica na sociedade ocidental moderna. E com ela, suas impossibilidades em aderir ou aceitar outros tipos de produção de conhecimento não pertencentes à razão científica moderna. Frente a isso, alguns autores apontam a impossibilidade de se articular a racionalidade biomédica com outras práticas, possivelmente mais integrais, fundamentadas em outras cosmologias. Luz (1988), um dos autores que defendem essa tese, aponta para o reconhecimento de outras racionalidades médicas (medicinas alternativas) como solução a esse impasse, de forma que complemente o campo de atenção e práticas médicas. Em suas obras, a autora dá destaque para uma razão médica em especial, a homeopatia, apresentando suas bases e defendendo uma maior difusão e reconhecimento de tal pelo campo científico e pela sociedade:

*“São, portanto, saberes concorrentes [razão biomédica e homeopática] discursos-práticas científicos sobre o mesmo objeto. Dois saberes que se pretendem igualmente legítimos. A batalha política alopátia versus homeopatia deveria necessariamente passar pela percepção dessas diferenças*

---

<sup>9</sup> Os termos revolucionário e reformista são utilizados mediante uma relação entre as respectivas perspectivas das mudanças no sistema econômico-político que vivemos com as soluções formuladas por distintas linhas de autores acerca da racionalidade biomédica.

*e dessa competição teórica. A estratégia da alopatia (estratégia vitoriosa, aliás) tem passado historicamente pela ignorância ou desmoralização sistemática das diferenças – em seu proveito” (Luz, 1988: 145)*

Corroborando com essa mesma ideal, de que há um impasse epistemológico produzido pela biomedicina na atenção integral, está a perspectiva de autores que apostam no redirecionamento do papel da clínica, tornando-se central a valorização e instrumentalização da narrativa como ferramenta que possibilitaria a exposição do sujeito, de modo mais claro e concreto, das suas necessidades e demandas.

A mudança na clínica consistiria na estruturação de outra atitude que compreenda e valorize: a fala e a escuta dos sujeitos envolvidos no cuidado em saúde, o que pressupõe que o limiar entre saúde e doença seja singular, ainda que influenciado por planos que transcendem o estritamente individual, como o cultural e o socioeconômico (Coelho e Almeida Filho, 1999 apud Favoreto, 2004); a noção de autonomia das pessoas no processo saúde-doença-cuidado, reconhecendo que ambos os sujeitos devem ter espaço e voz no processo, com respeito às diferenças (Soares, 2001 apud Favoreto, 2004); a dimensão terapêutica da relação médico-paciente, compreendida como um ritual, no qual são construídos símbolos que, independentemente de operarem resultados de cura, possuem outros tipos de mudanças que podem ocorrer no nível da psicologia individual e da vida social dos pacientes. (Favoreto, 2004)

Apointa-se como solução para a questão do cuidado e práticas com atenção integral a reestruturação dos métodos e ações da racionalidade biomédica, reavaliando a formação dos médicos, conscientizando-os do seu papel na sociedade e passando a analisar os pacientes sob outra ótica diferente daquela fragmentadora atualmente hegemônica (Favoreto, 2007). Favoreto afirma que:

*“O processo de formação e coerção do pensamento médico desqualifica e limita a possibilidade de que este profissional se perceba como sujeito na construção de seu saber e, deste modo, seja capaz de valorizar e integrar à clínica suas experiências e práticas e os saberes ligados à dialogia, à subjetividade e à cultura que são inerentes ao desenvolvimento de uma ação dirigida para a integralidade e para o cuidado em saúde” (Favoreto, 2007: 226 e 227).*

## 5.2 ANÁLISE SOCIOLÓGICA

Além dos conflitos epistemológicos da racionalidade biomédica com as práticas do cuidado integral, podemos verificar outras relações que muitas vezes se constituem como fatores que acabam por afastar a medicina do princípio da integralidade. As relações das práticas do cuidado com o capital é um desses fatores.

A moderna saúde pública brasileira nasce profundamente articulada com os interesses do capital, e sua constituição se deu com base no próprio Estado. O sucesso da higiene no século XIX foi impulsionado pelo interesse político do Estado na saúde da população. (Mattos, 2008)

*“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 seu apoio”*  
(Costa, apud Mattos, 2008: 45)

No final do século XIX, a saúde pública de base microbiológica nasce trazendo consigo a promessa de sucesso na construção de uma sociedade melhor e sem enfermidades. Tendo em vista as ameaças epidêmicas que rondavam os portos e cidades, ameaçando a dinâmica econômica agroexportadora e o processo de acumulação de capital, o Estado brasileiro substitui a proposta de uma saúde pública pautada na higiene pela microbiologia, disponibilizando recursos para a constituição de tal. A partir de então, o modelo microbiológico é utilizado na saúde pública brasileira.

E como já abordado anteriormente, ao longo de boa parte do século XX, o cuidado à saúde no país se estabeleceu por dois modelos assistenciais: o da saúde pública e o da assistência médica previdenciária.

O que se vale destacar nesse processo é que a partir da segunda metade do século, estabelecem-se outras relações entre o capital e as práticas de cuidados: as práticas de cuidado exercidas por profissionais se tornam um elemento propiciador da acumulação do capital (Mattos, 2008). Surge um significativo processo de acumulação de capital no setor da saúde, transformando por completo as práticas e instituições médicas, afetando o trabalho em saúde e a formação dos trabalhadores nessa área.

Essas transformações se originam com as próprias transformações decorrentes da microbiologia, assim como trazem elementos ligados diretamente aos estudos das lesões anatomopatológicas, sobretudo em nível microscópico. Estes estão atrelados aos elos presentes entre a indústria química e a medicina – a linha de pesquisa de Ehrlich<sup>10</sup> foi ao mesmo tempo um esforço de desenvolver um poderoso recurso terapêutico e um novo ramo da indústria química: a indústria farmacêutica (Mattos, 2008).

O advento dessa indústria permitiu a produção de recursos terapêuticos em grande escala, podendo ser utilizado 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 de um produto químico. Os médicos passam a ser os profissionais que, diante de um caso concreto, definem que medicamentos são necessários. Sendo assim, a medicina passa a seguir os rumos ditados pelo planejamento de pesquisa (Mattos, 2008).

Nesse sentido, retomando as discussões acerca da terapêutica utilizada na biomedicina, vale acrescentar o que Camargo Jr. declara a partir da observação dos currículos de muitas escolas médicas atuais: a inexistência da disciplina de terapêutica abre um grande espaço para a ação dos propagandistas das indústrias farmacêuticas (Camargo Jr, 1997). Isto é, a ausência de uma terapêutica definida na racionalidade biomédica – tangenciando uma questão metodológica e epistemológica da prática médica – em conjunto com a ausência de uma disciplina que oriente a prática do futuro médico acaba por levá-los a aceitar os rumos ditados pelas indústrias farmacêuticas.

Quando analisado superficialmente, talvez essa questão possa não constituir um problema para o cuidado das pessoas. Entretanto, as indústrias, por vislumbrarem uma maior acumulação de capital, não se limitam a produzir medicamentos eficazes e seguros, mas sim substâncias que por se conformarem como tal, serão consumidas. A ótica da produção de substâncias pelas indústrias farmacêuticas é deformada: 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 da produção e pesquisas. Mattos (2008) lembra que o *episódio da talidomina é exemplar das transgressões à ética e ao primado da defesa da vida*<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> Canguilhem (1977) relata que Ehrlich havia aprendido a usar os corantes no exame e distinção dos tecidos normais e patológicos, e a partir desses estudos, foi possível o desenvolvimento de produtos químicos que matavam microorganismos responsáveis pelas manifestações das doenças - inserido em uma ótica biomédica.

<sup>11</sup> A talidomina foi amplamente utilizada na década de 50 para supressão de desconfortos como enjôos e náuseas, sendo retirada do mercado na década seguinte por ter como efeito colateral em gestantes deformações nos fetos.

*“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.” (Mattos, 2008: 343)*

Além da indústria farmacêutica, as indústrias de materiais e equipamentos médicos se desenvolveram bastante ao longo do século XX. Dentre essas, está o conjunto de indústrias que se propõe desenvolver produtos que permitam de algum modo facilitar ou mesmo propiciar o diagnóstico das doenças (Mattos, 2008). Essas indústrias agregam e desenvolvem pesquisas a fim de produzir inovações que, quando se mostram úteis no processo de diagnóstico, tornam-se necessárias.

Nesse sentido, e retomando a discussão e perspectiva analisada no início da monografia acerca do campo científico, Camargo Jr. (2005) observa que há uma valorização relativa pela corporação dos procedimentos diagnósticos quando comparados com a terapêutica, em especial dos casos “difíceis”, das doenças raras, quando a identificação do “diagnóstico correto” é tida como uma prova de grande conhecimento teórico. E que talvez por isso, nem sempre o estabelecimento de hipóteses diagnósticas obedeça a critérios de probabilidade (considerar primeiramente as doenças mais freqüentes), partindo, ao invés disso, das doenças mais raras e seguindo um procedimento de exclusão até chegar-se a um diagnóstico final. Isto é, muitas vezes coloca-se em risco o cuidado das pessoas para se obter o reconhecimento de seus companheiros de profissão. E mesmo nas situações em que isto não ocorre, o processo de solicitação de exames parece também prosseguir indefinidamente, o que é freqüente no atendimento ambulatorial. (Camargo Jr., 2005).

O setor Saúde transformou-se 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 de capital no setor. (Mattos, 2008)

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. E cada vez mais, a dinâmica desse setor econômico vem elevando os custos da produção do cuidado médico. Essa dificuldade tende a trazer dificuldades crescentes no acesso aos serviços de saúde (Mattos, 2008).

Agregado a isso, Mattos (2008) afirma que há um fetiche difundido pelos profissionais que atuam no setor Saúde que se estende até o conjunto da população, produzindo uma demanda pelo consumo dos chamados exames complementares e dos medicamentos, dificultando ainda mais o acesso aos serviços de saúde. A primeira demanda seria uma falsa idéia de que quanto mais procedimentos diagnósticos forem feitos, mais certeza se terá acerca da origem do sofrimento – vislumbrando um ideal muito semelhante ao de Camargo Jr.. E a segunda está ligada à idéia de que o ritual do consumo de medicamentos é fundamental para melhora do sofrimento (Mattos, 2008).

### 5.3 ANÁLISE POLÍTICA

A terceira e última análise que faremos nessa monografia tange a questão do direito à saúde. De acordo com o Artigo 196 da Constituição Federal:

*“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*  
(Brasil, 1988: 63).

E sendo um direito à atenção à saúde, não se trata de um serviço ao qual se tem acesso apenas por meio de contribuições – todos os cidadãos brasileiros podem reivindicar tal direito sem qualquer tipo de discriminação, não estando associado às classes sociais ou pagamentos. Com isso, deve-se destacar que entender a saúde como um direito é diferente de entendê-la como seguro social, concepção bem difundida pelo senso-comum.

Em decorrência da história da assistência à saúde no Brasil e da hegemonia da cultura do consumo nas sociedades contemporâneas, muitos associam a noção de universalidade à de gratuidade. Entretanto, a universalidade pressupõe a idéia de direito, o que torna inadequado o uso de qualquer menção à idéia de pagamento/gratuidade. No Brasil, o direito à saúde é um direito social, coletivo, e não um direito individual garantido mediante pagamento e a respectiva cobertura. (Matta, 2007)

Claro, os serviços de saúde demandam financiamento para atender à população, pois além da prestação direta dos serviços, tais como a remuneração de trabalhadores, construção de instalações para abrigar, transportar e produzir ações de saúde, há a necessidade de

organizar a gestão do Sistema Único de Saúde. E para consolidação destes artifícios, o Estado intervém por meio de políticas de atenção em saúde e financiamento.

E esse financiamento se dá por meio da arrecadação de impostos e outras formas de obtenção de recursos que devem ser administrados para atender aos princípios do SUS e às demandas de saúde da população brasileira.

Neste sentido, o Estado tem papel fundamental na correção das diferenças sociais, na redução dos riscos decorrentes da expansão dos mercados e no estímulo ao crescimento econômico e social. E quando ressaltamos que é inapropriado afirmar que o SUS é gratuito, reforçamos a noção ou princípio do direito à saúde. Não queremos dizer que não é financiado, mas que a população não deve desembolsar nenhuma espécie de pagamento direto para a obtenção de serviços de saúde no SUS (Matta, 2007).

## **6 CONCLUSÃO**

A partir das obras analisadas e discussões apresentadas, podemos refletir e formular hipóteses acerca de algumas questões pertinentes a tal tema. As conclusões aqui apresentadas não serão suficientes para agregar todas as idéias relacionadas à monografia. São questões que

estiveram presentes ao longo da produção do trabalho e que considero essencial para entender o tema proposto.

Inicialmente, verifica-se que a atenção integral está vinculada diretamente ao conceito ampliado de saúde, expressando uma concepção do processo saúde/doença. Isto é, expressa uma compreensão das diversas dimensões que determinam a produção da saúde e da doença, envolvendo o sujeito como um todo e suas relações com as sociedades e o meio ambiente, e não apenas sua descrição biológica (Matta, 2007). Neste sentido, deve-se privilegiar e identificar o sujeito e os grupos sociais como centro e objetivo dos serviços em saúde e não a doença propriamente.

Entretanto, há alguns obstáculos que impedem que essa prática integral não seja efetivada dentro dos serviços de saúde. E para que o objetivo seja devidamente concretizado, deve-se refletir acerca de algumas questões para criar medidas para que a racionalidade biomédica e as práticas integrais estejam, por fim, em sintonia.

Primeiramente, nos ateremos aos fundamentos da biomedicina fundados na racionalidade científica moderna. Como apresentado ao longo da monografia, as ciências se desdobram a partir de alguns traços estruturantes da cosmovisão implícita à razão científica, tais como: o antropocentrismo e a mudança na relação homem-natureza, diferenciando-se desta e valorizando as iniciativas do gênero humano de conhecimento do “mundo natural”, com a finalidade de explorá-lo, desbravá-lo, desvendá-lo, intervindo sobre o mesmo; a experimentação como verificação da veracidade de um determinado conhecimento científico; a constituição de uma natureza materializada e objetivada (incluindo o próprio corpo humano), sendo transformada em “força produtiva”; a consolidação do mecanicismo como forma de verificar e compreender o mundo; o reducionismo dualista como característica metodológica e epistemológica; a concepção do mundo por uma lógica organicista e, muitas vezes, matematizada; e, por fim, a idéia do estilhaçamento do homem – ruptura do indivíduo em diversos “compartimentos” passíveis de estudo. Dessa forma, a biomedicina, pautada nas ciências biológicas, obedece a determinados métodos de produção de conhecimento e práticas de saúde pertencentes a essa mesma cosmo-visão.

Entretanto, as práticas integrais não se pautam somente na descrição biológica. Como dito anteriormente, sob a ótica da integralidade, o sujeito é concebido como um todo, incluindo suas relações com as sociedades e o meio ambiente. E esses âmbitos não estão pressupostos no saber biomédico.

Neste sentido, deve-se articular a rigidez dos métodos de produção de conhecimento científico para que estes estejam mais próximos dos problemas que envolvem os sujeitos. Isto

é, o método científico tal como é proposto, com sua tentativa de objetivar e quantificar os fenômenos, não é sensível às questões sociais. E para que se obtenha uma maior aproximação entre o sistema de saúde e os problemas da população (analisada sob uma ótica integral), torna-se necessária a inserção de conhecimentos com teor sociológico, cultural, atribuindo-lhes igual importância.

A mesma cosmovisão e forma de produção de conhecimento que legitima o saber e as práticas biomédicas serve também como um limitador para a construção de um saber médico mais complexo e integral. A imagem do campo científico difundida pelo senso-comum é a que se propõe a desenvolver conhecimentos e tecnologias para a construção de um mundo melhor e mais confortável, entretanto, por estar atrelado a essa concepção do real, acaba por constreger essa mesma imagem.

Além do aspecto epistemológico, deve-se repensar também as formas que a biomedicina se relaciona com o Estado e a economia. Como apresentado, a hegemonia da biomedicina está atrelada também a questões político-econômicas. O sistema capitalista tal como ele se apresenta, e o Estado que o legitima, acaba por impulsionar as formas de produção de conhecimento e práticas médicas não-integrais. Os métodos de produção de conhecimento, aplicação dos saberes biomédicos e o desenvolvimento de novas tecnologias são possibilitadas por fortes investimentos, e conseqüentemente, são retroalimentados pelas formas de acumulação capitalista, verificando nesse processo a possibilidade de consolidar as suas ambições (como, de fato, as consolidam).

Neste sentido, há fortes interesses para que a biomedicina se constitua tal como ela é. Retomando a discussão sobre o campo científico, a biomedicina é formada e regida por pessoas que não estão desassociadas dos interesses pessoais e financeiros. Para um pesquisador se consolidar como tal e como profissão, torna-se necessário um investimento para concretização de suas análises, e estas podem estar sendo desenvolvidas à luz dos interesses dos financiadores e não dentro de uma ótica transformadora – para tornar o mundo melhor. Não se trata de um conhecimento neutro, como se propõe a ser, as suas práticas estão harmonicamente articuladas com os interesses do capital. O desenvolvimento dos saberes científicos não pertencem a um universo transformador, como prática de mudança da sociedade ou por um mundo melhor, mas sim aos interesses de uma parcela das pessoas (investidores).

Com isso, pode-se verificar, por exemplo, a valorização das práticas assistencialistas frente às preventivas pelos profissionais de saúde e pela população de uma forma geral. Torna-se mais interessante para o capital investir no desenvolvimento de saberes acerca da

cura e atenuação das centenas de enfermidades que se conhecem (e as que ainda estão ocultas) do que a prevenção das mesmas. Não digo que tais práticas não sejam transformadoras do sofrimento dos lesionados - tampouco as deslegítimo, mas considerar práticas curativas mais essenciais que preventivas não é pensar de maneira potencializada de transformação.

Neste sentido, essa valorização das práticas assistencialistas está associada aos desejos dos investidores e à própria valorização dos saberes biológicos dentro do meio acadêmico. Este último, que não está desvinculado do primeiro, se pauta também na rejeição de valores políticos e sociais, desejando legitimar-se apenas pelas variáveis biológicas. Sendo assim, acaba por se identificar mais com as práticas curativas do que com as preventivas, que além de questões biológicas, torna-se necessário o reconhecimento de análises sociológicas.

Deve-se, assim, repensar as formas que a biomedicina se relaciona com a economia e o Estado. A medicina não pode obedecer a uma lógica pautada nas leis do mercado. Ao invés disso, a forma de produção de conhecimento e práticas médicas devem se sustentar no bem-estar da população como um todo, direcionando-as para o cuidado integral dos indivíduos.

Por fim, deve-se destacar a importância da formação médica e dos profissionais de saúde de uma forma geral para a concretização dessas práticas. São esses indivíduos que lidam diretamente com o cuidado, e por isso, torna-se necessário um maior destaque. A formação médica é uma das articulações fundamentais para que as práticas médicas integrais se tornem as hegemônicas.

Entretanto, não podemos nos deixar levar pelo ideal que somente a reestruturação educacional dos profissionais de saúde será suficiente para atender à causa. Temos diversos exemplos de mudanças nos currículos médicos que não suscitaram em profissionais com práticas mais integrais, ou estes não representavam a maioria. Para que essa prática seja consolidada de forma hegemônica, torna-se necessário uma série de articulações que trabalhem em conjunto, envolvendo as formas de produção social do conhecimento, das ações e serviços públicos, e principalmente, de uma política social em defesa da vida. Se trabalhados dessa forma, espera-se obter uma sociedade cujos direitos acerca da atenção integral em saúde serão, de fato, garantidos pelo Estado.

## **REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA**

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **História das Políticas de Saúde no Brasil**: a trajetória do direito à saúde. In: Matta, Gustavo Corrêa; Pontes Ana Lúcia de Moura (Org.). Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BRASIL. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. **A Biomedicina**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 45-68, 1997.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. **Racionalidades médicas: a medicina ocidental contemporânea**. Estudos em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro: UERJ/IMS, v. 65, p. 1-32, 1993.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. **Epistemologia numa hora dessas? (Os limites do Cuidado)**. In: Cuidado: as fronteiras da integralidade. PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (Org.). Rio de Janeiro, p. 157-170: Hucitec: ABRASCO, 2004.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Ed. Forence Universitária, 1982.

FAVORETO, Cesar Augusto Orazem. **A Velha e Renovada Clínica Dirigida à Produção de um Cuidado Integral em Saúde**. Cuidado: as fronteiras da integralidade. PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). Rio de Janeiro, p. 205-220: Hucitec: ABRASCO, 2004

FAVORETO, Cesar Augusto Orazem. **Obstáculos à ampliação da competência dialógica e interpretativa da clínica de médicos atuando na atenção primária**. In: Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). Rio de Janeiro, p. 213-230: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

KOSHIBA, Luiz. **História: origens, estruturas e processos**. São Paulo: Atual, 2000.

LUZ, M.T. **Natural Racional Social: Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MATTOS, Ruben Araujo de. **Cuidado Prudente Para Uma Vida Decente Cuidado: as fronteiras da integralidade**. PINHEIRO, Roseni. MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). Rio de Janeiro, p. 119- 132: Hucitec: ABRASCO, 2004.

MATTOS, Ruben Araujo de. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araújo de (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MACHADO, Roberto. **Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Foucault**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1981.

MATTA, Gustavo Corrêa. **Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde**. In: Matta, Gustavo Corrêa; Pontes, Ana Lúcia de Moura (Org.). Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MATTOS, Ruben Araujo de. **Integralidade, Trabalho, Saúde e Formação Profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores.** In: Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Júlio César França (Org.). p. 313 - 354 Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ EPSJV, 2008.

MARCONDES, Danilo. **Iniciação à história da filosofia:** dos pré-socráticos a Wittgenstein. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

BOURDIEU, Pierre. **O Campo Científico.** In: ORTIZ, Renato (Org.). Pierre Bourdieu: Sociologia. São Paulo: Ática, 1983.