



---

# CADERNOS CEPIA

---

## SABER MÉDICO, CORPO E SOCIEDADE

Curso ministrado na Faculdade de  
Medicina da UFRJ

# 4

Apoio

FUNDAÇÃO FORD

FUNDAÇÃO MACARTHUR



---

**CADERNOS CEPIA**

---

SABER MÉDICO,  
CORPO E SOCIEDADE



Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação



# SABER MÉDICO, CORPO E SOCIEDADE

Curso ministrado na Faculdade de Medicina da  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

*Eustáchio Portella Nunes*

*Alberto Oliva*

*Flavio Coelho Edler*

*Benilton Bezerra Jr.*

*Jane A. Russo*

*Paulo Gabriel Hilu da Rocha Pinto*

*Madel Tberesinha Luz*

*Pedro Gabriel Godinho Delgado*

*Jacqueline Pitanguy*

*Sérgio Rego*

*Jurandir Freire Costa*

*Regina Helena Simões Barbosa*

## **CADERNOS CEPIA 4**

Copyright @ CEPIA

É permitida a reprodução total ou parcial, desde que citada a fonte.

Rio de Janeiro 1998

### EXPEDIENTE

#### **Coordenação editorial**

*Jacqueline Pitanguy*

#### **Copidesque e edição**

*Angela Freitas*

#### **Projeto gráfico**

*Sonia Goulart*

#### **Impressão**

*Markgraph Gráfica e Editora Ltda.*

Tiragem: 1.000 exemplares

#### CEPIA

Rua do Russel 694/ 201 Glória

22210-010 Rio de Janeiro RJ

Telefaxes: (021) 205-2136 / 558-6115

E-mail: [cepia@ax.apc.org](mailto:cepia@ax.apc.org)

*Aos estudantes de medicina cujos ideais  
transcendem a formação técnica.*





# SUMÁRIO

## **APRESENTAÇÃO** 7

### **Primeiro bloco** **MÉTODO CIENTÍFICO**

Crítica à Universalidade do Método Científico 15  
*Alberto Oliva*

Sobre o Método e o Estudo da Medicina 27  
*Eustáchio Portella Nunes*

A Função dos Paradigmas na Atividade Científica 33  
*Flavio Coelho Edler*

### **Segundo bloco** **CONSTITUIÇÃO DO SABER MÉDICO**

Normal e Patológico: do vitalismo ao mecanicismo 45  
*Benilton Bezerra Jr.*

A Construção Social do Corpo: desnaturalização  
de um pressuposto médico 57  
*Jane A. Russo*

Estruturas Pedagógicas no Ensino Médico 63  
*Paulo Gabriel Hilu da Rocha Pinto*

O Ensino Médico no Século XIX 71  
*Flavio Coelho Edler*

### **Terceiro bloco** **MEDICINA E SOCIEDADE**

Medicina e Racionalidade Científica no Ensino  
Médico Contemporâneo 83  
*Madel Theresinha Luz*

Cidadania e Saúde Mental 91  
*Pedro Gabriel Godinho Delgado*

Cidadania, Direitos, Liberdade <i>Jacqueline Pitanguy</i>	105
Perfil e Mercado de Trabalho dos Médicos no Brasil <i>Sérgio Rego</i>	113

#### **Quarto bloco**

#### **CORPO, SEXUALIDADE E SABER MÉDICO**

A Medicina como Projeto Social: controle do corpo <i>Jurandir Freire Costa</i>	127
Sexo e Sexualidades <i>Jacqueline Pitanguy</i>	139
Sexualidade e Gênero na Medicina <i>Regina Helena Simões Barbosa</i>	149

#### **SOBRE OS SEMINÁRIOS DE AVALIAÇÃO**

Seminários de Avaliação: uma primeira abordagem <i>Luciana Sarmiento Garbayo</i>	161
---	-----

#### **APÊNDICES**

Bibliografia do curso	175
Autores citados	177
Programa do curso	179
Anotações preliminares para os seminários (carta aos alunos)	181
Abstract	183

## APRESENTAÇÃO

O curso *Saber Médico, Corpo e Sociedade* vem sendo oferecido pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) desde 1996 e constitui uma iniciativa inovadora em vários sentidos. Foi organizado e é coordenado conjuntamente por esta faculdade e uma entidade não governamental, a CEPIA, concretizando assim uma articulação produtiva e necessária entre sociedade civil e universidade. O corpo docente do curso compreende professores convidados de outros estabelecimentos de ensino superior, bem como de entidades não acadêmicas como as organizações não governamentais (ONGs).

O conteúdo da disciplina busca oferecer, aos estudantes, instrumentos teóricos e metodológicos para que percebam de que forma o saber e a prática médica são mediatizados por uma série de variáveis sociais, culturais e econômicas, que transcendem as fronteiras das ciências naturais com as quais se costuma delimitar o binômio saúde-doença. Isto se torna possível, na medida em que professores de medicina considerem o ato médico não somente como um ato técnico, mas também simbólico, referindo médicos e pacientes às estruturas de significação no contexto da cultura. Segundo as palavras proferidas, na aula inaugural, pela então diretora da Faculdade de Medicina, professora Sylvia Mello Vargas, o curso proporcionaria aos alunos a possibilidade de reflexão e percepção crítica sobre o que aprenderam, aprendem e aprenderão, e sobre sua prática enquanto estudantes e, no futuro, enquanto profissionais.

Dois ordens de fatores concorreram para tornar possível esta experiência didática. Do ponto de vista institucional, a Faculdade de Medicina da UFRJ empreendeu, desde 1986, ampla discussão visando uma reforma curricular que foi implementada ao longo da década de 90. No documento *Proposta de Mudança Curricular*, datado de 1991, afirma-se que tal reforma deveria en-

cerrar “proposições concretas de maior integração entre os ciclos básico e profissional do curso médico, de flexibilização curricular, de interdisciplinaridade na geração e na transmissão do saber, de adoção de práticas pedagógicas que confiram maior autonomia e preparo científico aos estudantes, a fim de que possa haver uma futura adaptação ao desenvolvimento exponencial do conhecimento e da tecnologia”. Em 1992, ocorreu a primeira fase de implementação desta reforma, quando foram criadas as disciplinas eletivas.

Por outro lado, desde os anos 80, o movimento de mulheres vem buscando uma interlocução com os profissionais de saúde, interlocução esta considerada crucial para a efetiva implementação de programas de saúde fundamentados em uma perspectiva mais holística e sensível às questões de gênero e poder que perpassam o saber e a prática médica. Foi neste contexto que a CEPIA, uma ONG que desenvolve projetos nas áreas de saúde e violência, considerou de grande relevância atuar no âmbito da formação médica.

A necessidade de pensar a prática médica a partir de parâmetros mais amplos apoia-se no reconhecimento de que a saúde compreende uma série de dimensões que ultrapassam o modelo médico-hospitalar e que, geralmente, são pouco consideradas na formação médica. Nosso corpo, nossa saúde física e mental, refletem laços estruturais com a sociedade, com seus valores e crenças, com as desigualdades sociais e as discriminações vigentes, e mesmo com questões mais amplas como crises políticas e econômicas, conflitos armados e outras circunstâncias que afetam nossa inserção social.

Com a contribuição de instrumentos teórico-metodológicos de outras ciências como a filosofia, a antropologia, a sociologia, o curso se propõe a problematizar a naturalização do saber e da prática médica e a relativizar certas ‘verdades’, reconhecendo outros saberes que importam na prática social da medicina. Neste sentido o curso discute o papel de variáveis como classe social, gênero, etnia, poder político e cidadania na produção do conhecimento, chamando atenção para os processos sociais que interpenetram a organização e o exercício da prática médica.

Inicialmente o curso foi oferecido em caráter de extensão, com o título de *Saber Médico, Corpo e Sexualidade Humana*. No segundo semestre de 1996, ele foi incorporado à grade de disciplinas eletivas, com o título atual, porém mantendo sua estrutura original, composta de quatro módulos compreendendo, cada qual, três ou quatro aulas e um seminário de reflexão con-

junta e de avaliação. São esses módulos que formam os quatro primeiros capítulos desta edição, com textos de aulas ministradas, fundamentalmente, durante o primeiro semestre de 1996, que foram editadas a partir de suas transcrições. Algumas palestras não puderam ser incluídas, devido a problemas técnicos na gravação.

No quinto capítulo, apresentamos um texto sobre a experiência didática dos seminários que se seguem a cada módulo temático do curso, seguido da bibliografia básica e complementar recomendada no primeiro semestre do 1996. Alguns dos palestrantes, ao revisar a edição feita sobre suas aulas, optaram por complementar esta bibliografia, recomendando outros títulos, que se encontram indicados ao final de seus textos. Como apêndice, trazemos também referências sobre outros autores e cientistas citados, e reprodução do folheto de divulgação do curso ministrado no primeiro semestre de 1996, e da carta entregue aos alunos/as.

Hoje o curso *Saber Médico, Corpo e Sociedade* continua a ser oferecido na Faculdade de Medicina da UFRJ, mantendo a estrutura temática original, com algumas modificações e aprimoramentos bibliográficos.

Gostaríamos de agradecer aos professores, sem cuja participação este projeto didático não teria sido realizado, bem como reconhecer o fundamental apoio de Flavio Coelho Edler, Luciana Sarmiento Garbayo e Paulo Gabriel Hilu da Rocha Pinto que formaram, conosco, o grupo de trabalho que, em inúmeras reuniões, estruturou esta disciplina.

O objetivo principal desta publicação é o de levar a discussão sobre medicina e sociedade para além das salas de aula da Faculdade de Medicina da UFRJ, compartilhando o diálogo sobre saber médico, poder e desigualdade, sexualidade e direitos humanos, com outros espaços acadêmicos e com os movimentos sociais que vêm alargando os conceitos de democracia e de cidadania em nossa sociedade.

Coordenadores do Curso:

ALICIA NAVARRO DE SOUZA  
Prof. adjunta do Departamento  
de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRJ

RODOLPHO ROCCO  
Professor titular de  
Clínica Médica da UFRJ

JACQUELINE PITANGUY  
Socióloga e diretora da CEPIA



**Primeiro bloco**

**MÉTODOS CIENTÍFICOS**





## CRÍTICA À UNIVERSALIDADE DO MÉTODO CIENTÍFICO

Alberto Oliva

Doutor em filosofia,  
professor do  
Departamento de  
Filosofia da UFRJ

**É** sempre instigante discorrer sobre método científico para profissionais que se dedicam à pesquisa propriamente dita ou que poderão vir a fazê-lo um dia. Não é a primeira vez que venho ao Hospital Universitário da UFRJ trocar idéias e debater com pessoas da área biomédica, mas devo dizer que é complicado falar sobre temas que não fazem parte de nosso cotidiano de estudo e investigação. Um primeiro obstáculo colocado pela interdisciplinaridade é a questão do jargão, ou seja, o vocabulário específico de cada área, questão esta que se soma aos problemas peculiares de cada linguagem. Para contornar este problema, tentarei, na medida do possível, fazer uso moderado do vocabulário técnico.

Não podemos deixar de constatar que o século XX tem sido verdadeiro carrasco de todos os absolutos e de todas as utopias. As coisas que, de alguma forma, permanecem absolutizadas, são vistas cada vez mais criticamente e as pessoas tendem a encarar com desconfiança o que um dia foi sacralizado. A problemática do método científico não tem escapado desse balanço crítico geral. Avoluma-se e espalha-se a atitude que tem submetido a crescente questionamento as velhas concepções que faziam do método científico uma espécie de absoluto epistemológico. Não por acaso o que normalmente se associa à atitude científica é uma postura dogmática e arrogante.

É comum, sobretudo em um país como o Brasil, que a autoridade da ciência seja invocada para legitimar variadas modalidades de afirmações e posições. No campo da publicidade, por exemplo, apregoa-se com frequência a qualidade do produto com peças retóricas do tipo: “a ciência atestou”, “a ciência aprovou”. É interessante notar que, na realidade, as pessoas sabem que não há nenhuma ciência por trás dessas declarações e, no entanto, o discurso publicitário é persuasivo. Em outras circunstâncias, a ciência é invocada para justificar planos econômicos intervencionistas e autoritários. Quando, alguns anos atrás, seqüestraram todos os ativos financeiros no Brasil, a ministra responsável pela área econômica justificou o ato afirmando ser “em prol do país”, para trazer “um fim à inflação” e para que nós ingressássemos em uma “nova fase de desenvolvimento sustentado”. Temos que convir, entretanto, que em um campo de investigação como a economia, em que existem diversas escolas e correntes de pensamento, invocar a ciência para justificar um desmando, não passa de uma atitude extremamente arrogante.

A partir dos anos 50 a concepção monolítica de método científico tem sido submetida a cerradas críticas, que vão das históricas às epistemológicas, passando pelas sociológicas. São questões recorrentes: — Justifica-se falar de método científico como algo único e absoluto?; — Justifica-se falar de ciência como um conjunto de cânones dotados de uma racionalidade que se confunde com o que a ciência representa em sua essência a-histórica?; — É legítimo supor que a ciência é um empreendimento autogerado e autojustificado e que o método ensina a colocar em ação essa racionalidade?

A maioria dos grandes cientistas, seja através de suas práticas de pesquisa ou através de suas concepções de ciência, não estimula a adoção de atitudes intelectuais arrogantes. Newton revelou uma preocupação constante em assinalar os limites da investigação científica e, numa passagem famosa, afirmou ter podido “*ver tão longe*” porque se apoiou “*nos ombros de gigantes*”. Para ele o trabalho científico é cooperativo e se desenvolve em um âmbito que genericamente poderíamos denominar república da ciência, no sentido que os cientistas pesquisam submetidos a vários tipos de hierarquia, mas todos contam com os esforços uns dos outros e a maioria dos resultados hoje alcançados dependeu, de forma crucial, da produção anterior de outros pesquisadores. A metáfora dos gigantes, utilizada por Newton, indica também sua adesão à concepção cumulativista de conhecimento, segundo a qual cada

pesquisador amplia o horizonte de seus predecessores, aprofundando o que já foi realizado. E as inovações, mesmo que profundas, pertencem ao mesmo horizonte do que estava estabelecido como conhecimento. A metáfora newtoniana permite salientar que os pesquisadores formam uma comunidade com aqueles que os antecederam e com aqueles que os sucederão. Por outro lado, é preciso dizer que esta visão cumulativista tem sido também alvo de cerradas críticas.

Newton se choca frontalmente com toda forma de arrogância intelectual ao declarar: *“quando faço pesquisa sinto-me como uma criança em uma praia, brincando com alguns grãos de areia enquanto o mar infinito da realidade permanece desconhecido diante de mim”*. Fazer pesquisa significa, então, lidar com problemas circunscritos, com pequenos pedaços de um universo cuja totalidade se conserva inacessível e esta é mais uma razão para que o cientista assuma uma atitude humilde e modesta frente a seus objetos de estudo. Ele trabalha com uma parcela ínfima da realidade e, normalmente, dentro dessa parcela, especializa-se em alguma parte ainda mais ínfima, o que exige uma atitude compenetrada, de modéstia, de cuidado ao elaborar suas formulações. Infelizmente essa postura não é a tônica dominante na história da pesquisa científica.

Tomemos como exemplo os séculos XVI e XVII e os trabalhos produzidos por Galileu e Francis Bacon. O primeiro fez a nova ciência e o segundo elaborou sobre ela uma reflexão filosófico-metodológica que o tornou praticamente o arauto da ciência moderna. A novidade introduzida pela física moderna foi que, até a época de Newton, não se usava a palavra *science* (ciência) mas o termo *philosophia naturalis*. Portanto, com Galileu e Bacon emerge uma nova modalidade de saber, hoje denominada ciência, mas que já se apresentara com outras denominações, ou seja, quando emerge o que hoje denominamos ciência existiam outras formas de interpretação da realidade, sendo a ciência uma invenção intelectual tardia.

É fundamental ter presente que a ciência não é algo natural. Estamos diante de um artefato surgido muito recentemente na história da humanidade, não só em termos de nome mas também em termos de prática de pesquisa. Antes, foram séculos de filosofia tentando entender o mundo no qual vivemos! E antes ainda, foram milênios de pensamento religioso. Quando a ciência se apresenta como uma nova modalidade de conhecimento ela já

encontra a filosofia e aquilo que genericamente podemos chamar de metafísica, em que os pensadores estão preocupados em entender o que é o mundo, suas origens, as causas primeiras e as finalidades últimas que podemos encontrar nele.

Determinar em que medida a filosofia foi decisiva para a origem da ciência é uma questão controversa. Durante muito tempo, prevaleceu a tendência a acreditar que a ciência representava uma espécie de corte epistemológico com relação à filosofia. Nos últimos tempos esta interpretação tem sido revista. Uma obra clássica de Burt, *The metaphysical foundations of modern science (O fundamento metafísico da ciência moderna)*, representa sua tentativa de mostrar que há muito mais continuidade entre filosofia e ciência do que um dia supôs nossa vã arrogância intelectual. À época de sua constituição essa nova modalidade de saber, que hoje denominamos ciência, já encontrou sistemas filosóficos prontos e acabados, encontrou o estilo de pensar metafisicamente a realidade em plena ação. Nesse momento (a partir dos séculos XVI e XVII) uma pergunta começou a se colocar com toda a força para cientistas como Galileu e filósofos como Francis Bacon: o que torna um sistema teórico ciência e não filosofia ou metafísica?

Uma vez entrando em cena uma nova modalidade de compreensão da realidade, é inevitável que desponte a problemática da identidade e da diferença. O que a filosofia fez um dia com a religião, com o pensamento mágico, modernamente a ciência fez com a filosofia, com a metafísica. A filosofia pretendeu traçar nítidas linhas divisórias com relação ao pensamento mágico-religioso quando, por exemplo, Thales de Mileto inaugurou-a enquanto busca do princípio fundamental de todas as coisas. Aí está também a própria origem da ciência moderna, porque quando Thales de Mileto buscou na água o elemento que dá origem a todas as coisas, ele estava buscando na natureza este princípio que, como tal, não é algo dado ou tangível, mas diferenciando-se da postura de invocar uma força mágica ou um mundo transcendente. O que estava sendo invocado como princípio passou a ser algo que, ainda que indiretamente, podia ser acompanhado no mundo que era dado à observação.

A questão que se coloca, nesse momento da história da evolução intelectual da humanidade, é localizar a singularidade dessa nova modalidade de conhecimento frente às que já tinham se consolidado ao longo do tempo. Surge uma espécie de contencioso epistemológico que pode ser assim for-

mulado: não sendo a filosofia da mesma espécie cognitiva que a ciência, o que define então sua identidade? Em que reside sua especificidade? O que pode ser identificado como sua identidade metodológica para que possa se firmar como um campo capaz de enfrentar problemas definidos à luz de técnicas de solução que postulam valor universal? A identidade intelectual torna-se precondição para que a ciência se imponha política e socialmente como a mais confiável forma de conhecimento.

O empirismo permaneceu, durante muito tempo, como uma espécie de filosofia espontânea da ciência, como se fosse a visão epistemológica mais próxima e mais conciliável com a prática real da ciência. Estabelecido o valor universal da observação pura e neutra, dedicada ao fidedigno registro dos particulares, o problema passou a ser o de como sair dos particulares para o universal, ou dos dados (fatos) para a teoria, do plano descritivo para o explicativo. Pode-se dizer que o problema central da teoria do conhecimento, que reaparece na metaciência, é de como passamos de esparsas e fragmentárias informações sobre particulares, para a unidade explicativa da teoria, onde enunciados universais irrestritos e categóricos ganham destaque. Como avaliar afirmações que abrangem instâncias de ocorrência passadas, presentes e futuras? Como justificar, a partir da observação de casos particulares, proposições que veiculam uma universalidade que se pretende nomotética como na afirmação: “a água entra em ebulição a cem graus centígrados”? Como aceitar o que, baseado no registro dos casos do passado e do presente, pretende ter um escopo de validade que alcança os casos do futuro?

O fato de ter analisado um número expressivo de casos particulares não oferece qualquer garantia de que operou-se uma transição epistemológica imune a desmentidos futuros. A questão é passar da base para o topo das informações particulares (*from the bottom up*), para o que a teoria tem de explicativamente universal, sem correr o risco de se fazer uma inferência falaciosa da generalização empiricamente imprópria. A base empírica, tida por alguns filósofos como a *rockbottom basis of knowledge* (base rochosa do conhecimento) daria acesso ao imediatamente dado, às informações primárias, aos fatos em suas manifestações empíricas mais rústicas. Para essa visão de ciência, o difícil seria atravessar o gargalo epistemológico do problema da indução. Como ascender dos particulares para o geral sem incorrer na falácia da distribuição ilícita? Sem vir a ser desmentido por um contra-exemplo?

Quando analiso um caso de metais conduzindo eletricidade ou quando analiso dezenas, centenas, milhares, milhões de casos, posso proclamar de forma descuidada, que todos os metais conduzem eletricidade? Que crédito epistemológico merece esse tipo de generalização? Posso fazer esse tipo de inferência indutiva de maneira confiável?

Esse questionamento provocou a paulatina erosão da concepção tradicional de método científico que, durante muito tempo, se confundiu com a visão empirista de cientificidade. A derrocada do observacionismo, ou seja, da crença de que toda teoria genuína tem que se formar a partir da observação, abriu espaço para o reconhecimento de que o conhecimento científico não se inicia, necessariamente, com observações. Deixou-se de acreditar, também, na neutralidade e imunidade do conhecimento científico, na medida em que tivesse como ponto de partida uma base observacional pura, provedora de informações instantâneas inquestionáveis. Entretanto, a psicologia da percepção, a filosofia da ciência, a antropologia cultural, começaram a demonstrar que os modos de ver as coisas são teoricamente dirigidos. Tudo o que se observa é resultado da aplicação de um ponto de vista teórico e a simples delimitação do que vai ser observado pressupõe a escolha de um objeto contra um amplo conjunto de alternativas igualmente dadas à observação. Se a uma platéia de estudantes fosse dada a ordem genérica — Observem!, a reação imediata seria de perplexidade seguida da pergunta: — Observar o que? Isto representa exigir a introdução de um ponto de vista teórico capaz de, em um primeiro momento, promover a escolha ou a delimitação e, em um segundo momento, justificá-la.

Por que razão, entre uma multidão de possibilidades, uma determinada coisa merecerá atenção intelectual? À luz de quê será justificada a escolha que destaca um e deixa na penumbra uma multidão de possíveis? O fato de não ser possível simplesmente observar, seja como cientista ou como leigo, mostra que as pessoas estão permanentemente, seja de forma sistemática ou inconsciente, teorizando sobre o que se passa no laboratório ou na paisagem do dia-a-dia. Portanto, a delimitação do espaço no interior do qual serão feitas as observações se dá a partir de escolhas ou preferências teoricamente expressas. Valores, predisposições, expectativas, conhecimentos anteriores se misturam na tomada de decisão a favor de um objeto em detrimento de outros possíveis. A entrada em cena de um critério qualquer de relevância,

pessoal ou social, não se coaduna com a prevalência de requisitos observacionais e pouco importa se os desencadeadores das escolhas sejam fatores subjetivos, imperativos da consciência, murmúrios do inconsciente ou determinantes objetivos. O fundamental é que a delimitação do objeto de observação ocorre a partir de uma preferência que objetivamente expressa um valor, o que leva a afirmar que toda pesquisa começa impregnada de axiologia, sem que isto signifique que ficará, ao longo de sua execução, refém de valores inconciliáveis com as exigências epistêmicas fundamentais da objetividade científica. Fica evidenciado que qualquer ponto de partida pode ser sempre questionado em termos de sua relevância para toda uma comunidade de pesquisadores, uma vez que não se pode justificá-lo como decorrência da simples observação da realidade.

A velha idéia de considerar a ciência explicativamente superior, pelo fato de que ela faz observações rigorosas e meticolosas dos fatos, começa a ser questionada, a partir do momento em que se verifica que qualquer procedimento observacional é, de saída, teórico-valorativo. Se a ciência merece alguma prerrogativa metodológica especial, não será por consequência de possuir uma base observacional pura da qual estão destituídas, por exemplo, as modalidades filosóficas de explicação da realidade. A pesquisa se viabiliza através do 'holofote' de alguma teoria que destaca tais ou quais predicados nos entes que estuda, tendo em vista o que deseja — ou o que pode — neles explicar. Também para a ciência os fatos estão mergulhados em uma noite de profunda escuridão, sendo portanto necessário localizá-los através de algum holofote. Na visão clássica acreditava-se que os fatos estavam sob o sol, com sua objetividade exposta, cabendo à teoria registrá-los como dados e ordená-los por meio de generalizações. Do contínuo e disperso fluxo da experiência, nossas teorias destacam três ou quatro coisas e, o mais fantástico, é que o holofote que nos faz ver certas coisas é manipulado pela teoria que conseguimos construir. Sem uma boa teoria, tudo parece massa caótica de acontecimentos e o que se observa é o espetáculo desordenado de particulares dissociados. O mundo, para o qual não se tem explicação, permanece um bloco monolítico de desafios impenetráveis. O fundamental deixa de ser a realização do registro puro e neutro, para ser a confecção de teorias que iluminem a grande noite dos fatos que se oferecem à observação, através de suas escolhas do que deve passar por reconstrução descritivo-explicativa.

A constatação de que o ponto de partida em ciência é sempre teórico-valorativo, coloca em questão seu caráter empírico apregoado ao longo dos últimos séculos. Fragiliza-se o critério rígido de separação entre ciência e filosofia, a primeira lidando com os fatos e a segunda com especulações, conforme queria a tradição. Se o cientista era visto como o intelectual da observação, passa a ser visto como um teórico devotado à criação de explicações que, já no ponto de partida, se afastam do domínio puramente observacional. O cientista já não está autorizado a apresentar-se como o intelectual que lida com fatos, e a denunciar como ideológico, como delírio da imaginação e como não-conhecimento, tudo aquilo que fugir a seu método. A partir do momento em que se reconhece que observação, teoria e valor tendem a se manifestar na pesquisa de forma funcionalmente integrada, não há como dar ao cientista o privilégio de lidar, através de seu método, com aquilo que constitui o 'mundo dos fatos'. A velha rigidez que distinguia ciência do restante precisa, no mínimo, ser atenuada. A grande discussão do século XX e que ultrapassou os anos 50, passa a ser como fazer teorias interessantes e não tanto como ter acesso aos fatos.

Mas ainda hoje permanece, obsessiva, a idéia de que importante é o melhor acesso aos fatos, na suposição de que é deles que depende a geração da ciência. Nos Estados Unidos, onde as discussões metodológicas são as mais avançadas do mundo, ao longo das décadas de 30, 40 e 50 houve o predomínio das chamadas técnicas caçadoras de fatos, pois partia-se da concepção de que fazer ciência é fundamentalmente um empreendimento que se distingue pelo ponto de partida da observação dos fatos. Observá-los significa chegar a teorias metodologicamente confiáveis e a genuína teoria seria a que resultasse da criteriosa generalização daquilo que foi possível acompanhar na manifestação dos casos particulares. Esse modelo de pesquisa foi, até pouco tempo, hegemônico e norteou o rumo de um bom número de cientistas em todo o mundo. É uma visão sedutoramente simplista com base na qual os cientistas se atribuíam o monopólio do acesso aos fatos, mascarando, assim, o aspecto fundamental de que todo empreendimento científico envolve a construção de teorias interessantes e não apenas o encastelamento de fatos supostamente registrados pela via da observação.

O que minou essa concepção factualista de ciência foi a constatação de que, mesmo que planejada e direcionada, a observação do cientista não po-



deria ser vista como pura e neutra. É muito simples constatar que aquilo que se observa é sempre conduzido, guiado, orientado por alguma forma de teoria. E essa teoria aparece, de início, associada a uma escolha, a um valor, a uma preferência. Outro aspecto básico que ajudou a minar as bases de sustentação desse modelo foi a crítica à indução, questionando a legitimidade lógica da passagem dos particulares para o geral. A indução começou a ser questionada antes mesmo que entrasse em cena a visão que confere primazia epistêmica à observação e muito antes que se chegasse à constatação de que toda observação se faz à luz de uma teoria e a partir de algum valor. Bacon, que era um indutivista ardoroso, dizia que, no passado, os filósofos propuseram uma forma equivocada de indução. Acreditavam que, por exemplo, se estamos tentando saber se há conexão generalizável entre A's e a propriedade B, ao observar que A1 apresenta a propriedade B, A2 idem e A3 também, até An, sendo n um número indeterminado de A's (500 casos, 500 mil, 5 bilhões de casos, não importa o número), isto permite dizer que todos os A's são B. Este tipo de salto, dizia Bacon, é problemático porque ele configura a chamada indução por enumeração simples. Ou seja, de alguns casos particulares constatados procura-se generalizar de modo a abarcar todos. Segundo Bacon essa é uma indução pueril (*res puerilis est*) pois nada impede que, cedo ou tarde, encontre-se um A que não é B e, quando isto acontece, fica evidente que os que afirmaram que todos os A's são B simplesmente generalizaram de forma indevida. Bacon foi, na verdade, o grande precursor de Popper, ao declarar que "*maior é a força da instância negativa, do caso contrário, do contra-exemplo*". Insistir nos milhares de casos confirmadores seria transformar em generalização estatística o que não se infirmou como universalidade irrestrita. Imagine-se o seguinte diálogo do médico com o paciente:

— O senhor fuma?

— Fumo.

— Quanto?

— Dois maços de cigarros por dia.

— Olha, existe uma estatística que mostra que 70% dos fumantes inveterados, como o senhor, desenvolvem enfisema pulmonar depois de quinze anos de vício.

— Mas eu me enquadro entre os 70 ou entre os 30%?

— Essa resposta só se saberá daqui há cerca de três anos.

Responderia o médico de forma acacia.

A estatística não mostra o essencial. Na estatística não se tem como fazer o enquadramento rigoroso do caso analisado, como seria factível se fosse possível empregar o modelo de explicação que subsume dedutivamente o particular ao geral. Isto não significa dizer que a estatística seja metodologicamente descartável. Ao contrário, ela tem inúmeras utilidades e, na própria medicina, contribui de forma decisiva para salvar vidas.

O crescente questionamento da observação como base do conhecimento científico e as dificuldades de justificação lógica enfrentadas pela inferência indutiva, têm deixado claro que a ciência ainda está em busca de um método que mereça ser visto como encarnação de sua racionalidade universal. Várias são as propostas de método científico hoje disponíveis no mercado intelectual e nenhuma deve ser tratada como um absoluto. Se a pesquisa científica deve mostrar-se humilde diante da grandiosidade da realidade, idêntica postura deve ser assumida pelas reflexões sobre a ciência que ambicionam chegar a uma concepção bem fundamentada de método científico. Não há mais lugar para a certeza. Nossos instrumentos metodológicos podem revelar-se falhos, as teorias inconsistentes ou dissonantes com uma natureza que pode, às vezes, revelar-se caprichosa, quebrando regularidades. Hume tinha razão ao dizer: *"nature is too strong for principle"* (*"a natureza é por demais poderosa como para aceitar princípios"*). Se não há princípio que resista à natureza, é preciso muito cuidado no momento de elaborar teorias sobre realidades que não estão condenadas a se manifestar sempre do mesmo modo. Elas podem derrubar nossas mais diletas crenças. As coisas mais esperadas e triviais podem sofrer descontinuidade, e uma lição fundamental de nosso longo contato com a experiência foi a de acreditar sempre criticamente, uma vez que a única certeza que podemos ter é de que nos desvencilhamos de um erro, não a de que chegamos a uma verdade. Sem ceticismo organizado, a ciência deixa de ser crítica. Deixa inclusive de existir ciência.

Estamos vivendo n(a) *Era da Incerteza*. O mundo está mudando a uma velocidade estonteante e isto é desafiador. Há pessoas que preferem o previsível, o que reproduz sempre o mesmo padrão, mas estamos em pleno curso acelerado de uma grande aventura de idéias e ações. Se soubéssemos para onde estamos caminhando tudo perderia parte da graça. Possivelmente estamos caminhando para um mundo melhor, liderado pelo conhecimento

científico. Ou então para a barbárie instrumentalizada pelo poder apocalíptico. Cumprirá ter juízo para avaliar os passos que estamos dando, o caminho que estamos trilhando e o destino a que estamos chegando. Mas não devemos ter medo de mudanças, especialmente quando se trata da ciência em que tudo o que foi feito, desde o início, teve o objetivo de chegar à verdade, mesmo que isso demandasse abandonar constantemente crenças por tanto tempo aceitas. Não há por que frear as transformações intelectuais e materiais em curso. A ciência e o mundo dialogam para dar sentido ao que existe e, nesse diálogo, há espaço para convergências e divergências. O importante é evitar a postura prepotente que tenta impor à realidade uma racionalidade que ela não aceita como sua. A busca do método científico universal ainda aceita candidaturas. Os absolutos estão em crise, mas o ideal de encontrar o melhor possível continua intacto.

### **Bibliografia**

- GALBRAITH, J. K. *A Era da Incerteza*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1979.
- BURTT. *The metaphysical Foundations of Modern Science*. s/ed., s/d.



## SOBRE O MÉTODO E O ESTUDO DA MEDICINA

Eustáchio Portella Nunes

Professor titular do  
Departamento de  
Psiquiatria e Medicina  
Legal da UFRJ

Os cientistas tendem, realmente, a ficar perseguidos com a questão do método. Os supervisores de tese de mestrado e doutorado entram em contato com essa dificuldade, pois conhecem de perto o nível de preocupação revelado pelos estudantes. São questões sobre a adequação do método de pesquisa escolhido, sobre a aplicação deste método, assim como incertezas com relação à própria opinião dos orientadores de tese a respeito da cientificidade da pesquisa proposta. Em geral, predomina o receio de expor o desconhecimento e muitos formandos preferem não fazer perguntas a demonstrar a própria ingenuidade. Michäel Ballint, um psicanalista naturalizado inglês, costumava dizer que, para aprender, precisamos ter a coragem da própria ignorância. Existem pessoas que até mesmo apresentam certa fobia, em grupos maiores, de expor-se formulando perguntas ingênuas. Na realidade não existem perguntas ingênuas, mas existem — freqüentemente — respostas tolas. Se existe a dúvida não há porque não fazer perguntas. No caso da medicina, também cabe o enfrentamento da dúvida com relação ao método e o grande mérito deste curso é trazer a multidisciplinaridade para que médicos e estudantes de medicina comecem a viver esse problema da forma como, no meu entender, ele deve ser vivido.

Embora tenha me beneficiado, pessoalmente, com o estudo da filosofia, não acho necessário ser um filósofo-

fo, ou mesmo estudar filosofia, para discutir método. Comecei a estudar psiquiatria orientado pelo método fenomenológico desenvolvido pelo grande filósofo alemão Karl Jaspers, a partir da obra de Edmund Husserl. O que Jaspers fez foi transportar as experiências de Husserl para a psiquiatria produzindo, já no início do século (1913), a melhor psicopatologia existente até hoje. É bem verdade que, tão logo concluído este trabalho, Jaspers abandonou a psiquiatria e enveredou, definitivamente, pelo caminho da filosofia.

Ao iniciar meus estudos em psiquiatria, defrontei-me com a idéia de que só era, de fato, considerado científico aquilo que pudesse ser medido. Há uma célebre frase de Max Planck que sintetiza essa idéia: *“real é o que pode ser medido”*. Mas, no terreno da psicologia ou da psiquiatria — como em outros —, nem sempre é possível medir. De que forma se poderia medir, por exemplo, um sentimento amoroso? (felizmente nunca se logrou este intento, o que seria uma terrível decepção para os amantes). Os sentimentos estão no plano da subjetividade e, portanto, não são passíveis de medição. A física foi a primeira ciência que, com Galileu e outros físicos ilustres como Newton e Einstein, para citar os mais importantes, adquiriu esse *status* através do método físico-matemático por ele criado. As outras ciências foram modeladas a partir da física, da qual herdaram a medição como requisito fundamental. Evidentemente, sem desprezar a importância enorme que teve a obra de Galileu, hoje sabe-se que nem mesmo na física isso é verdadeiro.

Martin Heidegger que desmontou a idéia de que, para fazer a boa ciência, é preciso medir e matematizar. Ele mostrou que o ‘imperialismo da Física’ — considerada como modelo de ciência — não encontrava justificativa nas chamadas ciências humanas pois, quando se trata de atributos humanos, ser exato representa perder o fundamental do objeto de pesquisa. Heidegger afirmava que, para haver rigor na psicologia ou na psiquiatria, é necessária a inexatidão e, na medida em que alcancemos a exatidão, teremos números mas deixaremos de ter pessoas!

Tendo conhecido a obra de Heidegger antes de tornar-me psicanalista, sua abordagem deu-me condições de ver o objeto desta área de interesse a partir de outra perspectiva. Dois autores importantes organizaram o pensamento da psiquiatria no século XX. Em primeiro lugar Emil Kraepelin, que no final do século passado elaborou a mais bem sucedida classificação psiquiátrica das psicoses, dividindo-as em dois grupos: as esquizofrenias e a loucura

maníaco-depressiva. Por ser um cientista de postura positivista, Kraepelin procurou as causas do delírio de perseguição em alguma alteração cerebral. O postulado kraepeliniano teve enorme repercussão, e as expectativas foram reforçadas quando ficou demonstrado que muitas pessoas psicóticas apresentavam o treponema da sífilis no cérebro. Posteriormente entretanto, ficou provado que, com o mesmo agente etiológico (o treponema), poderiam desenvolver-se todos os quadros psiquiátricos: neuroses, quadros neurasteniformes, histerias, delírios de perseguição, de grandeza, quadros maníacos, quadros depressivos. Qualquer uma destas ocorrências poderiam ter como causa a presença do treponema. Portanto, a grande descoberta do início do século foi também o grande desastre do ideal kraepeliniano, que mostrou-se ineficiente no que diz respeito à causalidade buscada. Em segundo lugar está Freud. Em 1899, mesmo ano em que Kraepelin elaborou sua grande classificação na sexta edição de seus tratados, foi também escrita a *A Interpretação dos Sonhos*, de Freud, publicada em 1900. Aparentemente havia, entre esses dois autores, uma diferença profunda. Entretanto, uma análise mais cuidadosa permite notar que compartilharam certa identidade. A perspectiva freudiana era de desencanto com a psiquiatria da época, que tentava apenas identificar lesões orgânicas causadoras de sintomas psíquicos. Freud começou a investigar fantasias, ou situações supostamente traumáticas, na infância de seus pacientes, suspeitando que fossem estas as causas dos sintomas psicológicos. Assim, começou a desenvolver um sistema de tratamento em que o objetivo era buscar, na biografia das pessoas, os fatos que, posteriormente, identificou como fantasias traumáticas. De início lançando mão do hipnotismo e posteriormente trabalhando com o paciente plenamente vigil, Freud percebeu que as pessoas apresentavam sinais de recuperação ao dialogar sobre seu problema. A partir daí elaborou toda uma concepção que o tornou o vulto dominante do século, em seu campo de trabalho. Hoje ele é referência não somente para qualquer assunto psiquiátrico, mas também no campo da religião, da sociologia, da etnologia.

Richard Elmer, grande crítico norte-americano naturalizado inglês e professor de literatura da Universidade de Oxford, dizia que nenhum território cultural tinha sido tão abalado pela psicanálise quanto a literatura. Hoje não há mais literatura sem Freud e, mais do que isto, os literatos anteriores a Freud como, por exemplo, Sófocles — autor de *Édipo Rei* — já estão

desqualificados pois, quando se fala em Édipo, não se pensa mais em Sófocles, mas em Freud. Dizia Richard Elmer que hoje, até nas cozinhas as empregadas domésticas recorrem a termos 'freudianos': 'projeção', 'deslocamentos', e 'fixação na mãe'. Isto é corrente e sabemos como as novelas incitam as empregadas domésticas a participarem desse debate. "*Não apenas a literatura*", dizia Elmer, "*os próprios literatos hoje andam perseguidos, porque anteriormente os biógrafos eram pessoas que faziam um elogio dos escritores mortos*" e hoje as biografias são escritas muito mais por promotores do que por advogados de defesa. Os biógrafos estão procurando os aspectos negativos do biografado, estabelecendo um clima extremamente persecutório, em que até mesmo o tamanho do pênis pode ser referido, levando os escritores que estão próximos da morte, ou que supõem que vão morrer, a ficarem apreensivos com a biografia que irá surgir. Sabemos também como os grandes nomes do cinema — Bergman, Buñel, Fellini — foram extremamente influenciados pela psicanálise, isto sem lembrar Woody Allen, que é um analisando de carteirinha, com mais de vinte anos de análise.

Freud é, sem dúvida, um personagem que desperta numerosos antagonismos. Afastando-se da metodologia até então utilizada, ele foi descobrindo uma metodologia própria, através da qual iluminou os aspectos inconscientes de numerosos setores da vida psíquica e, marcadamente, da vida sexual. A sexualidade, tal como ela é vista nesse final de século, é muito diferente daquilo que era delimitado como aceito na sexualidade vitoriana do início do século. E Freud teve um papel importante na medida em que, através de sua perspectiva, demonstrou que a sexualidade não é sinônimo de genitalidade, pois ela inicia com a oralidade. Já na primeira infância a criança encontra prazer sexual através da excitação da região perilabial, quando mama no seio da mãe ou chupa o polegar. Esta afirmação, em um tempo em que a criança era considerada inocente e sexo considerado pecado, foi definitivamente revolucionária.

Ainda de acordo com a classificação freudiana, a sexualidade passa, posteriormente, pela fase anal, em que o prazer maior está nas possibilidades de reter ou exonerar-se das fezes e só depois se encaminha para uma genitalidade infantil. Mas Freud demonstrou também que essa sexualidade, que vai sendo suplantada da oralidade para a analidade, da analidade para a genitalidade infantil e depois para a genitalidade adulta, não desaparece. Ou seja, a oralidade



continua em um outro nível, o que atribui uma nova dimensão à sexualidade. Por exemplo, o apelo que tem o beijo — que é uma expressão da oralidade — na sexualidade geral, é enorme. Aspectos antes considerados taras, como o *felatio* e o *cunilingües*, passam a ser vistos como normais. A visão que se estabeleceu em torno da analidade — até então muito vinculada à homossexualidade — mudou. Mesmo nas relações heterossexuais há um apelo enorme sobre a região anal e a própria mídia explora isso intensamente.

A nova perspectiva que Freud abriu para a sexualidade influenciou de forma decisiva a educação das crianças, no sentido de se incorporar, como saudáveis, as brincadeiras sexuais, antes vistas como perversão, de forma extremamente persecutória. Os jogos sexuais infantis, como a brincadeira de médico, por exemplo, passam a ser aceitos e considerados, mais do que normais, necessários para o alívio das ansiedades sexuais infantis. Também com relação às mulheres a perspectiva de Freud foi revolucionária. Mesmo que persista o preconceito de que 'sexualidade é coisa para homem' e que a mulher deve 'ser resguardada' até o casamento, Freud conseguiu remexer esta rígida visão e hoje as mulheres têm maior 'autorização' para gostar de sexo. O que antes lhes era ensinado como sacrifício necessário para obter um marido, desaparece enquanto discurso, em função da enorme abertura que a psicanálise abriu para a ciência psicológica e para a sexologia em um sentido mais amplo.

Considero importante, para os médicos, ter clareza de que essas coisas não são como aparentemente se quer impor. As pesquisas não necessitam seguir um determinado método draconiano para que sejam consideradas científicas. Podemos afirmar, exatamente porque estamos entre médicos e estudantes de medicina, que o bom caminho não é uma via estreita, mas uma avenida. Ou seja, não podemos fazer ciência em psiquiatria, da mesma forma como os físicos fazem física. Sabemos entretanto que, mesmo os grandes físicos, têm uma visão filosófica e creio que o avanço, nesses termos, se dá sempre com uma certa visão filosófica, que nem sempre é uma visão acadêmica.

Quando Copérnico e Galileu enfrentaram os preconceitos de sua época e mudaram o foco da astronomia para o heliocentrismo, havia uma visão filosófica em questão, até por força da visão religiosa, que impedia que fosse de outra maneira. Galileu foi obrigado a desmentir suas crenças porque era

cientista, mas não herói. Teve que fazê-lo para preservar a própria vida. Para estudantes de medicina, Ter uma perspectiva filosófica é extremamente importante, pois ela permite visualizar que nunca se tem a verdade plena nas mãos. Mesmo usando métodos científicos temos, permanentemente, que tentar explorar o contraditório e nisso Popper tem plena razão. É necessário que seja assim para que possamos, realmente, auferir sobre a veracidade ou não das próprias concepções filosóficas e até para que se possa abandonar determinados métodos, de forma consciente.

A sexualidade é um aspecto fundamental do corpo, mas o preconceito pretende que ela se destine apenas à reprodução. Poder-se-ia dizer que a reprodução é um subproduto da sexualidade. As pessoas geralmente não procuram sexo para reproduzir. Para além, o homem — porque essa é a característica fundamental do ser humano — em cada situação de constrangimento físico, vê abrir-se uma certa faixa de liberdade. Cada um de nós, por exemplo, possui um determinado corpo físico neste momento, com as trocas metabólicas comuns a todos. Se ouvirmos uma notícia que seja extraordinariamente alegre para algum de nós, ou que seja extraordinariamente triste para algum de nós, de imediato mudamos o nosso humor e mudamos o nosso corpo. Há permanentemente, no ser humano, essa faixa de liberdade que permite, a partir de uma mesma situação de necessidade corporal — no sentido mais filosófico — ter liberdade para a expressão de aspectos psicológicos. Esta foi, no meu entender, a razão inspiradora deste curso. E espero que surjam outras oportunidades mais amplas, para que vocês entrem em contato com estas questões e possam chegar ao ponto de seguir um método científico sendo senhores, e não escravos de suas escolhas.

## A FUNÇÃO DOS PARADIGMAS NA ATIVIDADE CIENTÍFICA

Flavio Coelho Edler

Mestre em história e  
pesquisador associado  
da Casa de Oswaldo  
Cruz

**A**presentaremos algumas das idéias desenvolvidas por Thomas Kuhn, autor que teve influência decisiva na crítica às abordagens positivistas da Ciência, até pouco tempo prevalentes na epistemologia anglosaxônica. O curto espaço de uma aula é insuficiente para apresentar todo o universo de questões que suscitam as idéias de Kuhn. Entretanto, ainda que de maneira sumária e esquemática, espero que esta introdução estimule o aprofundamento dos conhecimentos sobre a obra deste recém falecido autor, a quem Rorty se referiu como o mais influente filósofo da segunda metade deste século.

Preocupados em fazer a defesa da ciência e distinguí-la do discurso metafísico e religioso, vários filósofos e cientistas tentaram construir uma definição, ou caracterização geral da ciência, baseada em certa concepção universal e a-histórica do método científico. Até os anos 60, as abordagens dominantes sobre a natureza da ciência partiam da pressuposição de que ela possui uma lógica particular de desenvolvimento. A ciência seria, assim, produto de um sistema autônomo de pensamento, cuja eficácia seria extraída de seu método. Tanto a tradição verificacionista (ciclo de Viena) como a falsificacionista (Popper), compartilhavam o ponto de vista de que a ciência se desenvolve a partir de procedimentos racionais e metodológicos impermeáveis às vicissitudes psicológicas e sociais. Causas sociais 'externas' à ativida-

de científica poderiam explicar apenas os obstáculos que se antepõem ao trabalho da mente racional. A sociologia da ciência seria, nessa versão, uma 'sociologia do erro'.

A abordagem de Thomas Kuhn é inovadora quando ele rejeita explicitamente essas correntes majoritárias da história e da filosofia das ciências. Kuhn rejeita, por um lado, a idéia de método universal, supostamente válido para todo o conhecimento científico e entendido como um conjunto fixo de regras e técnicas de manipulação de dados e de operações lógicas, utilizadas para relacionar esses dados com as generalizações teóricas. Por outro lado, ele recusa a concepção cumulativa do conhecimento científico, segundo a qual os itens que atualmente o formam, teriam sido gradativamente incorporados através de sua história. A idéia de precursores iluminados, combatendo os erros, mitos e superstições de seus contemporâneos é denunciada, assim, como anacrônica. O fato de existir uma percepção cumulativa e não revolucionária da ciência deve-se, em grande parte, à natureza da ciência normal. Em geral os fatos e personagens do passado são descritos despidos das circunstâncias concretas em que pensavam e viviam. Os manuais deformam as contribuições passadas, colocando-as na perspectiva do presente, e os cientistas das épocas anteriores, são apresentados como se tivessem trabalhado sobre o mesmo conjunto de problemas e utilizado o mesmo conjunto de cânones metodológicos e conceituais do presente.

Para Kuhn, a termodinâmica calórica, a dinâmica aristotélica, ou a química flogística, não eram nem menos científicas nem menos produto das idiosincrasias, do que as concepções da natureza hoje em voga. Se as considerarmos mitos — dirá — então os mitos podem ser produzidos pelos mesmos métodos e mantidos pelas mesmas razões que hoje conduzem ao conhecimento científico. Para analisar a forma como Kuhn entende o processo de gênese de um campo científico é preciso definir, previamente, o conceito de paradigma. Um paradigma informa quais são as entidades fundamentais que compõem o universo dos fenômenos que pretendemos estudar; como interagem essas entidades entre si e com os nossos sentidos. Por isso, o conceito de ciência normal é solidário ao conceito de paradigma e ao conceito de comunidade científica. Ciência normal é a pesquisa firmemente baseada em uma ou mais realizações científicas passadas, consensualmente compartilhadas por uma comuni-

dade de especialistas. Os indícios de existência de uma comunidade científica são a presença de manuais científicos elementares e avançados, cujos conteúdos traduzem o corpo da teoria aceita, ilustram suas aplicações e as comparam com observações e experiências exemplares. Muitos clássicos famosos desempenharam função similar: a FÍSICA de Aristóteles, os PRINCIPIA e a OPTICA de Newton, a ELETRICIDADE de Franklin, a QUÍMICA de Lavoisier, etc. Estas obras fundaram tradições de pesquisa, uma vez que suas realizações foram consideradas sem precedentes, no que se refere a atrair um grupo duradouro de partidários, afastando-os de outras formas de atividade científica dissimilares.

### **A fase pré-paradigmática**

Para Kuhn, a aquisição de um paradigma e do tipo de pesquisa mais esotérico a que ele conduz é um sinal de maturidade no desenvolvimento dos diversos campos científicos. Antes disso, o que se verifica é a existência de escolas ou sub-escolas em competição, cada qual enfatizando, como observações paradigmáticas, um conjunto particular de fenômenos que sua própria teoria seja capaz de melhor explicar. Outras observações são examinadas através de elaboração *ad hoc*, ou permanecem como problemas especiais, a serem abordados em pesquisa posterior. Na fase pré-ciência normal, cada autor é forçado a construir seu campo de estudo desde os fundamentos, já que não há um corpo de crenças comuns. A escolha das premissas teóricas, a definição das observações relevantes, o critério de prova empírica, são justificados com relativa liberdade. Não existe, nesta fase, qualquer conjunto-padrão de métodos ou fenômenos que os estudiosos do campo sintam-se forçados a empregar ou explicar. A título de exemplo, Kuhn apresenta o Movimento antes de Aristóteles, a Estática antes de Arquimedes, a Química antes de Boyle etc. Em determinado momento, uma teoria aparenta ser melhor do que suas competidoras e passa a ser aceita como paradigma por determinado grupo, embora não explique, desde sua proposição, todos os fatos com que pode ser confrontada.

## A ciência paradigmática

Um paradigma é uma conquista positiva, pois limita a atenção dos adeptos a um conjunto restrito de temas que podem ser, assim, melhor trabalhados. Livres das questões relativas ao fundamento de sua concepção particular de mundo, a nova comunidade pode ocupar-se mais detalhadamente dos fenômenos selecionados, projetando equipamentos especiais para a tarefa e empregando-os de forma mais sistemática e obstinada do que outrora.

Em que momentos é possível assinalar a emergência de um novo paradigma? Se nos restringirmos ao período marcado por um padrão institucional de especialização científica — século XIX em diante — a emergência do novo paradigma se verifica pela criação de jornais especializados, pela fundação de sociedades de especialistas e pela reivindicação de um lugar especial nos currículos de estudo. Ao mesmo tempo, nestes momentos, o cientista reduz drasticamente o público para o qual endereça seus artigos. Desenvolve-se, então, uma linguagem cada vez mais esotérica, apenas compartilhada pelos pares.

Qual é a natureza das pesquisas mais especializadas e esotéricas desenvolvidas a partir de um paradigma? A ciência normal consiste na atualização da promessa potencial de um paradigma em resolver problemas importantes para o campo; atualização esta que se obtém ampliando-se o conhecimento daqueles fatos que o paradigma apresenta como particularmente relevantes, aumentando a correlação entre esses fatos e as previsões do paradigma, e articulando-se ainda mais o próprio paradigma.

Kuhn chama a atenção para o fato de que a maioria dos cientistas, durante toda sua carreira, ocupa-se com operações de resolução de quebra-cabeças. A ciência normal não tem como objetivo trazer à tona novas espécies de fenômenos, mas consiste no empreendimento de forçar a natureza a ajustar-se aos limites preestabelecidos pelo paradigma. A característica mais impressionante dos problemas normais da pesquisa, durante a vigência de um paradigma, é o reduzido interesse em produzir grandes novidades, seja no domínio dos conceitos, seja no domínio dos fenômenos. Em geral, o projeto cujo resultado não coincide com essa margem estreita de alternativas, é considerado apenas como uma pesquisa fracassada. Fracasso este que não se reflete sobre o paradigma, mas sobre o cientista. Resolver um proble-

ma da pesquisa normal seria, assim, alcançar o antecipado de uma nova maneira e isto requer a solução de todo tipo de complexos quebra-cabeças. A comunidade científica, ao adquirir um paradigma, adquire igualmente um critério para a escolha de problemas legítimos. Estes serão considerados os únicos problemas passíveis de serem admitidos como científicos e os membros da comunidade serão encorajados a resolvê-los. A idéia de quebra-cabeça é uma importante metáfora que Kuhn utiliza para se contrapor à idéia de método científico universal, pois incorpora aquela de criação a partir de regras estabelecidas e de compromissos de duas ordens: a) os relativos aos tipos de instrumentos preferidos e de técnicas para sua utilização; b) os de ordem metafísica.

### **A educação científica**

Os cientistas nunca aprendem conceitos, leis ou teorias de uma forma abstrata e isolada. Esses instrumentos intelectuais são, desde o início, encontrados numa unidade anterior — em termos históricos e pedagógicos — onde são apresentados juntamente com suas aplicações e através delas. Estas aplicações não são meros adornos. Pelo contrário, Kuhn enfatiza que o processo de aprendizado de uma teoria depende do estudo das aplicações, incluindo-se a prática em resolução de problemas. Durante a fase de treinamento científico, o jovem cientista aprende a perceber certos fenômenos experimentais-conceituais. Não existe uma linguagem da observação pura e isso explica porque muitos cientistas, embora falem com facilidade e brilho a respeito das hipóteses individuais que subjazem numa determinada pesquisa em andamento, não estão em melhor situação do que o leigo, quando se trata de caracterizar as bases estabelecidas para seu campo de estudo, seus problemas e métodos legítimos.

As discussões metodológicas e aquelas relativas à legitimidade dos problemas e padrões de solução só ocorrem, com freqüência, nos períodos pré-paradigmáticos ou quando os paradigmas parecem estar em crise, sendo considerados modelos inseguros. Quando os cientistas não estão de acordo sobre a existência ou não de soluções para os problemas fundamentais de sua área de estudos, a busca de regras adquire uma função que

não possui normalmente. Do mesmo modo um paradigma pode ser apropriado, de maneiras bem distintas, por segmentos específicos de uma tradição de pesquisa, ou por tradições de pesquisa distintas. Desta forma, uma modificação conceitual importante sentida por um grupo, pode passar despercebida por outros.

### **A anomalia e a emergência das descobertas científicas**

A ciência normal seria, deste modo, um empreendimento altamente cumulativo e extremamente bem sucedido, no que diz respeito a seu objetivo: a ampliação contínua do alcance e precisão do conhecimento científico. Como é possível que surjam novidades, seja em termos de descobertas de novos fatos ou de invenções de novos conceitos ou teorias? Kuhn problematiza a noção de descoberta, recorrendo a uma distinção analítica entre fatos novos e novos conceitos. A descoberta começa com a consciência de uma anomalia, ou seja, com o reconhecimento de que, de alguma maneira, a natureza violou as expectativas paradigmáticas que governam a ciência normal. Segue-se então a exploração, mais ou menos ampla, da área onde ocorreu a anomalia. Este trabalho somente se encerra quando a teoria do paradigma for ajustada, de tal forma que o anômalo se tenha convertido no esperado.

A descoberta de um novo tipo de fenômeno — dirá — é necessariamente um acontecimento complexo, que envolve o reconhecimento tanto da existência de 'algo', como de sua 'natureza'. Tanto a observação como a conceituação, o fato como sua assimilação à teoria, formam um processo que demanda tempo para cumprir-se. A anomalia não é equivalente à descoberta. Esta última pressupõe a conceituação. Alterações deste tipo estão associadas a todas as descobertas realizadas pela ciência normal. Partindo-se dos padrões impessoais dos relatórios de pesquisa, dificilmente será possível verificar de que maneira ocorre o fenômeno da descoberta. Conscientemente ou não, a decisão de empregar um determinado aparelho, e empregá-lo de um modo específico, baseia-se no pressuposto de que somente certos tipos de circunstâncias ocorrerão. Entretanto, nem todas as teorias são paradigmáticas. Tanto nos períodos pré-paradigmáticos, como durante as crises que condu-



zem a mudanças em grande escala do paradigma, os cientistas costumam desenvolver muitas teorias especulativas e desarticuladas, capazes de indicar o caminho para novas descobertas.

### **As crises e a emergência das teorias científicas**

Esta é, certamente, a parte do modelo kuhniano que tem sido mais problematizada pela crítica contemporânea, que o acusa de apresentar uma descrição muito rígida do processo de ruptura na atividade científica. Para ele, a emergência de novas teorias é, geralmente, precedida por um período de insegurança profissional pronunciada, pois exige a destruição, em larga escala, do paradigma e grandes alterações nos problemas e técnicas da ciência normal. O fracasso das regras existentes seria o prelúdio para a busca de novas regras.

Kuhn, entretanto, chama a atenção para o fato de que, embora as dificuldades técnicas para solucionar uma anomalia estejam no epicentro da crise, os fatores externos, como o ambiente filosófico ou uma necessidade pragmática, podem ter especial significação em sua capacidade de determinar o fracasso do paradigma. Tais fatores facilitam a emergência do reconhecimento de áreas problemáticas. Diante da incapacidade de apresentar um paradigma alternativo, é comum que apareçam várias versões discrepantes da mesma teoria paradigmática. A situação de crise paradigmática só ocorre quando a comunidade em questão percebe coletivamente a presença de uma anomalia que resiste a todas as tentativas de solução, o que só ocorre na presença de técnicas experimentais sofisticadas que fracassam sucessivamente.

### **A resposta à crise e a revolução científica**

O que ocorre, normalmente, quando um cientista se depara com um evento estranho e inesperado durante a realização de uma pesquisa? A resposta a esta questão constitui um forte argumento à recusa da tese falsificacionista de Popper pois, para Kuhn, a história das ciências tem demonstrado que uma

teoria científica, após ter atingido o *status* de paradigma, somente é considerada inválida quando existe uma alternativa disponível para substituí-la. Kuhn dirá que nenhum processo descoberto, até o momento, pelo estudo histórico do desenvolvimento científico, assemelha-se ao estereótipo metodológico de falsificação por meio de comparação direta com a natureza. Isto não significa que os cientistas não rejeitem teorias, ou que a experiência não seja essencial no processo de rejeição. Rejeitar um paradigma significa, ao mesmo tempo, aceitar outro.

Vejamos qual é o procedimento normal dos cientistas diante de uma anomalia. Eles concebem numerosas articulações e modificações *ad hoc* de sua teoria, a fim de eliminar qualquer conflito aparente. A existência de uma anomalia não conduz necessariamente à crise. A crise, ao provocar a proliferação de versões do paradigma, enfraquece as regras consensuais de resolução dos quebra-cabeças da ciência normal, de tal modo que acaba permitindo a emergência de um novo paradigma. No contexto da crise, a autoridade científica fica enfraquecida. Os estudantes de ciência aceitam as teorias, por causa da autoridade do professor e dos textos, e não devido às provas experimentais. Que alternativas, que competência possuem eles?

A persistência de uma anomalia ao longo do tempo torna-se visível para um número cada vez maior de cientistas eminentes do setor, que passam a dedicar-lhe atenção. Nessa fase, torna-se mais difícil o acordo sobre quais os elementos essenciais que caracterizam o paradigma e é nesse contexto que surgem as pesquisas extraordinárias, onde proliferam articulações concorrentes e onde recorre-se à filosofia e ao debate sobre os fundamentos. Três podem ser os desfechos da crise:

- a ciência normal consegue resolver a anomalia;
- o problema sem solução é posto de lado para ser resolvido no futuro;
- a crise termina com a emergência de um novo candidato a paradigma e com a subsequente batalha por sua aceitação.

A mudança de paradigma assemelha-se à mudança de percepção visual (*gestalt*). Implica na reconstrução das generalizações teóricas mais elementares, bem como dos métodos geralmente aceitos de sua aplicação à natureza. Trata-se de um processo que envolve a manipulação do mesmo conjunto de dados anteriormente manipulado, mas estabelecendo entre esses dados um

novo sistema de relações, a partir de um quadro de referências diferente. A emergência de uma nova teoria rompe com uma tradição da prática científica e introduz outra, dirigida por regras diferentes, situadas no interior de um universo de discurso também diferente.

Kuhn entende que revolução política, e o fenômeno paralelo que acontece na ciência, têm aspectos semelhantes que se prestam a comparações, daí ele utilizar o termo "*revolução científica*". Tal como ocorre na ciência, alguns homens começam a descreer da funcionalidade das instituições sociais. O sentimento de desconfiança em relação ao quadro de significações existente é similar nos dois casos. Além deste aspecto genético, há semelhança quanto ao escopo, pois o que se pretende, nos dois casos, é o abandono parcial de um conjunto de instituições, por outro. Na revolução política é preciso fazer a opção entre modos incompatíveis de vida comunitária. Na escolha de um paradigma — como nas revoluções políticas — não existe critério superior ao consentimento da comunidade relevante. Para descobrir como as revoluções científicas são produzidas teremos, portanto, que examinar não apenas as questões de natureza lógica, isto é, a racionalidade dos argumentos produzidos, mas igualmente as técnicas de argumentação persuasiva, que são eficazes no interior dos grupos muito especiais que constituem a comunidade dos cientistas.

## **A incomensurabilidade dos paradigmas**

Diferenças entre paradigmas sucessivos são, ao mesmo tempo, necessárias e irreconciliáveis. Paradigmas sucessivos ensinam coisas diferentes acerca da população do universo e acerca do comportamento desta população. Os paradigmas também diferem quanto aos métodos, áreas problemáticas e padrões de solução aceitos. A recepção de um novo paradigma requer, com frequência, uma redefinição de ciência. Por isso, quando duas escolas científicas discordam sobre o que é um problema e sobre o que é uma solução, inevitavelmente travarão um diálogo de surdos, ao debaterem os méritos relativos dos respectivos paradigmas. Após uma revolução, os cientistas trabalham em mundos diferentes. A mudança de *gestalt* é o protótipo deste tipo de mudança. Após a aceitação do novo paradigma, é fundamental ajustá-lo à natureza. É preciso forçar a natureza a conformar-se a ele.

## Conclusão

O resumo das idéias de Kuhn, que apresentamos nesta aula, pretendeu seguir com fidelidade as principais formulações contidas em sua obra *A Estrutura das Revoluções Científicas*, publicada em 1962. A riqueza das contribuições desse autor aos campos da epistemologia, história e sociologia do conhecimento científico resultou num intenso debate intelectual e na emergência de uma nova abordagem sobre o empreendimento científico. Como toda obra relevante, que explora novos campos de pesquisa, esse livro contém várias ambivalências e mesmo contradições. A edição brasileira já apresenta um posfácio de 1969, no qual Kuhn defende e reformula algumas de suas idéias.

Ao invés de oferecermos uma bibliografia atualizada dos estudos que reconhecem algum tipo de influência de suas idéias, iremos relacionar, abaixo, os dois livros de Kuhn que podem ser lidos em português e duas importantes revistas internacionais que surgiram reivindicando, dentre outras, sua herança intelectual.

## Bibliografia

KUHN, Thomas – *Tensão Essencial*, Lisboa, Progresso, 1989.

———. *Social Studies of Science*. London: SAGE Publications, s/d.

———. *Science in Context*. Cambridge: Cambridge University Press, s/d.

**Segundo bloco**

**CONSTITUIÇÃO  
DO SABER MÉDICO**



## NORMAL E PATOLÓGICO do vitalismo ao mecanicismo

Benilton Bezerra Jr.

Psiquiatra, psicanalista, professor do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da UERJ

**P**retendo discutir com vocês alguns dos elementos presentes no problema — geralmente pouco considerado — das relações entre o normal e o patológico. Evidentemente, o tema é amplo e possibilita muitas formas de abordagem. Vou fazer apenas um recorte no universo de questões presentes, para apresentar duas ou três idéias, esperando que incitem posterior discussão.

Sempre que o assunto são as relações entre as noções de saúde e doença, e os fundamentos dos conceitos de normal e patológico, a obra de Georges Canguilhem é lembrada como uma referência obrigatória. Em seu livro intitulado justamente *O normal e o patológico*, escrito em 1943, ele aborda criticamente as bases epistemológicas, geralmente adotadas na construção desses conceitos, e as conseqüências, para o cotidiano da medicina, de uma compreensão equivocada dos papéis do conhecimento científico e das premissas éticas que norteiam suas ações. Um dos pontos de partida de Canguilhem é a afirmação de que “medicina não é ciência”, mas uma *praxis*.

Segundo o autor, a medicina é uma prática que se nutre de ciências e teorias diversas. Ela estimula a expansão do conhecimento sobre a vida mas, em si mesma, não é uma atividade científica. A medicina é um conjunto de práticas realizadas por humanos visando outros seres humanos e cujo alvo é o alívio ou a eliminação do sofrimento, é a produção de condições para que a vida possa ser usufruída da maneira mais rica que cada

indivíduo puder, seja no plano físico, mental ou social (sendo esta uma divisão artificial de uma realidade una e complexa).

Embora a prática médica só se realize com base nas informações, conceitos e teorias elaboradas pelos mais diversos saberes e disciplinas científicas (física, biologia, química, matemática, psicologia etc), ela é, fundamentalmente, uma prática impulsionada e dirigida por valores humanos, e não por um suposto conhecimento frio, neutro, da realidade do que chamamos saúde ou doença. Isto significa que a medicina jamais pode ser tratada de maneira estritamente objetiva. Sua prática impõe uma discussão do que é aceitável, ou do que é o melhor, no sentido de tornar a experiência da vida — individual ou coletiva — a mais livre possível dos constrangimentos impostos pelos processos patológicos. Em outras palavras, em medicina, questões epistêmicas são instrumento para a obtenção de objetivos éticos, e este é um ponto que nós, médicos, tendemos a esquecer, mesmerizados pelo fascínio da parafernália tecnológica, e obcecados pela aura de importância superior que noções como objetividade e cientificidade parecem conceder àquelas que as reivindicam para qualificar o que fazem.

Para Canguilhem o médico não deve se contentar em definir a saúde em termos estritamente objetivos. Padrões estatisticamente mensuráveis são úteis na clínica e nos dão uma visão importante do que consideramos normal. Mas saúde não é simples normalidade, e exige outro tipo de abordagem para ser bem apreendida. Tampouco a patologia ou a terapêutica podem ser consideradas puramente objetivas e científicas. Esta é uma pretensão equivocada, por estar baseada em pressuposições falsas, que se desvelam quando olhamos mais atentamente para o problema das relações entre o normal e o patológico. Para chegar a essa conclusão, ele faz um estudo histórico, rastreando a discussão sobre o tema na medicina ocidental dos últimos séculos. Canguilhem inicia sua argumentação mostrando que no século XVII, o debate é tributário de uma concepção do fenômeno da vida fortemente marcada pelo mecanicismo. Médicos como Broussais e Brown eram homens de seu tempo, que estavam antenados no racionalismo e empirismo emergentes. De certo modo, sua maneira de abordar a fronteira entre o normal e o patológico, representa a tentativa de levar o objetivismo e o materialismo da ciência moderna em construção, para o campo da medicina. Ao adotarem uma posição materialista e racionalista, eles se opõem ao vitalismo animista



que prevalecia até então. Rejeitam a concepção das doenças como entidades externas à materialidade do corpo, que se realizam ao tomarem forma nos indivíduos.

A medicina das espécies vai cedendo lugar ao predomínio da clínica moderna, que privilegia o estudo racional dos estados fisiológicos do corpo humano e das alterações provocadas pela patologia. A anatomia, a histologia e todas as ciências básicas da medicina, vão se constituindo com a perspectiva que apresentam hoje, a partir do momento em que o racionalismo e o materialismo vão moldando a maneira de conceitualizar o corpo humano, a vida etc. Broussais e seus contemporâneos, portanto, desenvolviam uma reflexão coerente com a mentalidade nascente: o corpo, assim como o universo, passa a ser descrito como uma grande máquina cujas leis e mecanismos o pensamento poderia, através da ciência, decifrar.

O mundo como uma grande máquina: essa foi a imagem do universo inaugurada por Galileu e seus colegas físicos, ao instituírem o modo moderno de fazer ciência. Em resumo, significou dizer que a razão do homem, na medida em que dominasse progressivamente a linguagem da natureza, desvendaria os mistérios da criação. Para nós isso já não causa impacto. Estamos no final do século XX e convivendo, já há algumas décadas, com uma tradição científica que rejeita essa imagem do mundo e das relações entre o pensamento e a realidade. Na época, porém, foi de fato uma revolução. Significou trazer o conhecimento, do céu das idéias platônicas ou da dimensão sobrenatural do espírito, para o mundo terreno do cotidiano. Os mistérios do mundo passaram a ser vistos como enigmas a serem decifrados, problemas a serem resolvidos. A verdade deixou de ser o resultado de uma revelação, para ser vista como o resultado de uma descoberta, e o conhecimento – que era entendido como um caminho em busca da sabedoria – se tornou um meio de predizer e controlar a natureza.

Broussais era desse tempo, e seu modo de pensar reflete uma espécie de eliminação metódica do sobrenatural ou transcendental para explicar os fatos patológicos. No campo da medicina isso o levou a tentar mostrar que, ao contrário do que se pensava, não havia uma dicotomia fundamental que pudesse separar ontologicamente saúde de doença, o que significou admitir a possibilidade de pensar normalidade e patologia como fazendo parte de uma mesma natureza, como estados da mesma realidade: a vida.

Canguilhem está de acordo com este postulado. Para ele também, a patologia nada tem de ontologicamente diferente dos estados saudáveis. As normas patológicas são normas de vida, embora qualitativamente inferiores às normas saudáveis, porque são menos capazes de preservar, ampliar ou reproduzir a própria vida. Broussais, no entanto, levou esse princípio ao extremo e passou a afirmar que o único elemento de diferenciação entre o estado normal ou fisiológico e a patologia era o excesso, ou a diminuição de uma característica primordial do fato vital: a "excitação". Constatar a hiper ou a hipo excitação dos órgãos e tecidos, era o que bastava para explicar a variação entre a saúde e as disfunções e perturbações da doença, estas vistas como modificações essencialmente quantitativas, objetivas, sem que se precisasse postular alterações qualitativas de qualquer ordem. Para Broussais, havia uma continuidade entre os estados de saúde e doença, a variação sendo apenas de grau, ou quantidade, e não de qualidade. Bastava medir os padrões atuais de funcionamento de uma glândula como o pâncreas, de um músculo como o cardíaco, de um tecido como o hematopoietico medular e compará-los com os padrões normais, para diagnosticar-se higidez ou doença.

É importante notar que nesse modelo só se pode saber o que é patológico quando se dispõe, de antemão, do conhecimento exato do que é "normal". Esse conhecimento preciso é a régua, a partir da qual se pode delimitar, de modo claro e objetivo, o que está dentro ou fora dos padrões normais. A pretensão de quem pensa assim é transformar patologia e terapêutica em práticas científicas, isentas de avaliações subjetivas ou valorativas. Segundo as argumentações de Canguilhem, porém, isso é verdadeiramente impossível e foi esta convicção que o fez criticar o objetivismo mecanicista de Broussais e Brown.

A definição das fronteiras entre saúde e doença em termos meramente quantitativos trouxe conseqüências, sendo a mais importante a assimilação da idéia de patologia à noção de 'desvio' que passou a ser, do ponto de vista lógico do modelo, sinônimo de alteração patológica. Do ponto de vista lógico do modelo, qualquer desvio passou a ser medido como sinônimo de alteração patológica. Passou a ser medido em relação ao 'normal', que é pré-determinado. Mas seria a definição de 'normal' facilmente obtida, de forma tão simples e objetiva? A princípio não parece haver muita dificuldade com o termo, pois qualquer pessoa que domine uma língua, domina o uso desta

palavra. Não é necessária grande sofisticação intelectual para decidir se algo é 'normal' ou não. Entretanto, para além do domínio do uso da linguagem ordinária, ou mesmo do uso corrente do termo no cotidiano da prática médica, se quisermos justificar o uso da palavra, ou explicitar o que queremos dizer com ela, perceberemos que existem mais coisas entre as palavras e seus sentidos do que sonha nossa vã ingenuidade. Para Canguilhem, por trás da aparente simplicidade desse conceito, há uma polissemia, uma duplicidade de sentido, que pode alterar bastante a compreensão da relação entre normalidade e patologia, o próprio conceito de patologia, o sentido da terapêutica e a função do médico e da medicina.

Há duas formas de definir o que seja 'normal'. A primeira toma o termo como um 'fato': 'normal' é o mais prevalente, o que estatisticamente se demonstra como a medida em torno da qual se agrupam as variações que podem deslizar em direção ao terreno da patologia; é algo detectado pela observação e objetivamente mensurável. Ao mesmo tempo existe, imersa no uso habitual dessa palavra, a concepção de 'normal' não apenas como aquilo que 'é', mas como o que 'deve ser', introduzindo na palavra um conteúdo valorativo. Dizer de um órgão que ele é normal, tanto pode significar que seu funcionamento segue o padrão médio esperado, quanto pode significar que ele é capaz de funcionar acima desse padrão, se a vida assim o exigir. Neste caso, um órgão é normal não porque esteja dentro desses limites, mas porque atende com elasticidade e vigor às demandas que lhe são feitas. É normal porque é 'normativo', ou seja, é capaz de criar novas normas de funcionamento sempre que isto se fizer necessário para a preservação ou ampliação do estado de saúde do organismo. O coração bradicárdico de um remador, por exemplo, está fora do padrão habitual, mas o fato de ser desviante em relação à normalidade estatística é, neste caso, índice de saúde superlativa e não de doença. Desse modo, a simples objetividade mensurável das médias não basta para qualificar o estado de um órgão, um tecido, ou de um organismo como normal ou patológico. É sempre necessário atentar para o grau de 'normatividade' presente.

Canguilhem distingue claramente a 'anomalia' da 'anormalidade', quando descreve os desvios em relação à média. Anomalia é qualquer diferença constatada em relação ao que estatisticamente é prevalente, uma simples variação, que não implica restrição patológica. A clínica é riquíssima em exem-

plos: a dextrocardia e mesmo o *situs inversus totalis* (inversão total dos órgãos que é uma condição rara mas fartamente registrada); músculos extra-numerários; variações individuais de constantes fisiológicas e assim por diante. Pode-se nascer com um rim a mais ou a menos, sem que isto perturbe o funcionamento do sistema urinário. Mas é evidente que a vida não é indiferente a qualquer tipo de anomalia. A anencefalia, por exemplo, é uma anomalia incompatível com a preservação da vida, o que define a fronteira entre os desvios que resultam apenas em variações próprias à pluralidade do fato vital e aqueles desvios, às vezes mínimos, que consideramos como anormalidade, ou patologia, não é um padrão de médias, não são medidas estatisticamente aferidas, mas a implicação que esse desvio tem sobre o processo de preservação da vida. O *situs inversus totalis* não ameaça nem constrange a vida. Pode até não ser notado ao longo de toda uma existência. Uma pequena falha no metabolismo de uma enzima pode, no entanto, prejudicar terrivelmente o organismo. É bom lembrar que a mesma variação pode ser considerada sinal de normalidade ou de patologia, dependendo do contexto em que se apresenta. Durante a digestão, por exemplo, ocorre uma variação fisiológica na quantidade de leucócitos circulantes, mas o significado desse fato não tem qualquer semelhança com o que acontece durante uma infecção, quando o corpo se encontra sob agressão de um agente externo.

Exemplos como esses são utilizados por Canguilhem para mostrar que é impossível descrever um estado ou um fato como 'normal' ou 'patológico', sem a avaliação de suas implicações. Para ele, mesmo Broussais, com seu mecanicismo, não escapou dessa evidência. Quando Broussais falou a respeito das artérias acometidas de esclerose, deu ênfase ao aumento de calibre ou à diminuição da luz, tentando demonstrar que a patologia nada mais representa do que variações quantitativas em relação ao normal. Entretanto, sua intenção foi traída por seu vocabulário: ao defender sua tese, ele descreveu a artéria mencionando 'deterioração', 'alteração', 'transformação', palavras que indicam uma mudança qualitativa, e não apenas de quantidade. Canguilhem percebe o deslize e contra-ataca, interrogando sobre o que pode haver de similar entre uma artéria normal e uma artéria esclerosada. Não é possível dizer que a diferença entre uma e outra seja apenas a quantidade de luz menor na artéria. Uma artéria normal pode ser submetida a um processo de vasoconstrição, em consequência de fatores contextuais, mas ela é normal

justamente porque pode variar, desviar-se dos padrões reconhecidamente normais e encontrar uma norma adequada às exigências com as quais se defronta. Dizer que ela é normal, é portanto afirmar que ela é 'normativa', ou seja, exibe plasticidade, capacidade de enfrentar as injunções do meio e superar os obstáculos que se oponham à vida. Não apenas ela está dentro dos padrões esperados, mas é capaz de criar novos padrões para si, sempre que necessário. Este é o vigor da 'normatividade vital', característica, segundo Canguilhem, de todo organismo vivo. Por sua vez, o patológico, na condição da artéria esclerosada, está justamente no fato de que sua normatividade está prejudicada, sua capacidade de enfrentar os desafios do meio bastante diminuída. Haveria, portanto, uma enorme diferença de qualidade entre o estado saudável e a doença. A 'contiguidade' dos dois estados não implica, de maneira alguma, uma 'continuidade' entre eles. Percebemos, em ambos, o organismo, a presença da normatividade vital. Mas a norma sã é superior, por exibir a plasticidade que na norma patológica se apresenta restringida.

O conceito de normatividade vital, sugerido por Canguilhem como substituto da idéia de 'normal' como fato, presta-se a alguma discussão, pois baseia-se na premissa do que ele próprio chama de vitalismo. Normalmente, associa-se vitalismo a animismo e outras concepções que descrevem o fenômeno da vida recorrendo a dimensões além da matéria. Não é o caso de Canguilhem, que é um materialista. Mas ele não é um materialista mecanicista, como Broussais e Brown. Seu problema é como conciliar uma visão materialista do mundo sem ser um reducionista, ou um fisicalista extremado, para poder enxergar na vida sua singularidade frente a outros fenômenos do universo. Um ser vivo é algo mais do que a simples soma de suas partes constituintes. Certamente, existem nele fenômenos químicos, físicos, neuroquímicos, eletromagnéticos etc, sem os quais a vida se extingue. Mas a vida não é simples somatório desses fenômenos materiais; é algo mais. Este algo mais é um valor inscrito no organismo, o valor da vida, a normatividade vital.

Modesto e ambicioso ao mesmo tempo, Canguilhem não oferece uma definição positiva do que seja a vida, mas pede que reconheçamos o fato de que não se pode explicar a vida unicamente pelos elementos físicos que a sustentam. Eles a sustentam mas não são, em si mesmos, a vida. Durante a doença e depois da morte, os processos físicos continuam, e organismos que

deixaram de viver se reintegram de outro modo à natureza. Mas enquanto há vida, há um a-mais que ele denomina normatividade vital. Viver é valorar e a vida é polaridade dinâmica. Do vírus ao ser humano, estamos todos, o tempo todo, incorporando informações sobre o meio, fazendo opções entre possibilidades de ação, visando certos resultados, e não outros, que garantam a sustentação da própria vida. Essa dimensão de valor só está presente nos fatos biológicos, sendo ela que suscita as noções de normalidade e patologia, saúde e doença. Não existe patologia dos astros, ainda que existam fenômenos como o choque de cometas com planetas, a explosão ou extinção de estrelas, a sucção da luz por buracos negros e assim por diante. Não ocorre a ninguém falar em normalidade ou patologia, quando se trata de lidar com os fenômenos cósmicos. Trata-se apenas do universo acontecendo. Do ponto de vista das leis da física e da química tudo está sempre no seu lugar, causando e sendo causado, numa cadeia infinita. Asteróides são indiferentes ao que lhes acontece e a queda do Shoemaker na superfície de Júpiter provocou comoção somente entre os humanos.

Mas pensem numa criança internada neste hospital com obstrução intestinal grave por *ascaris*. Do ponto de vista das leis físico-químicas, tudo se passa dentro de suas regras e nada será posto em questão por este fato. Mas, obviamente, trata-se de uma patologia que ameaça a vida, e qualquer pessoa (médico ou não) que reconheça o quadro, saberá que a situação é de emergência e demanda tratamento. Médicos não lidam apenas com processos físicos, químicos ou histológicos. Lidam com o sofrimento imposto a seres animados decorrente, por alguma razão, da diminuição de sua capacidade normativa. Indo mais longe, a história da espécie humana e da medicina já nos proveu de informações que nos permitem até mesmo antecipar o sofrimento que se anuncia, e intervir precocemente, mesmo quando o paciente nada sente (como é o caso de tumores renais, por exemplo). Todo esse complexo conhecimento tem sua origem na tentativa de encontrar alívio para o sofrimento de alguém. Como diz Canguilhem numa frase lapidar, "*o pathos precede o logos*".

Na prática clínica, quanto mais conhecemos o pensamento de Canguilhem, mais importância concedemos ao grau de normatividade do paciente. A terapêutica será justificada, não porque traga de volta o organismo para padrões de funcionamento previamente estipulados como normais,

ou porque promova uma *restitutio ad integrum*, o que nem sempre é possível. A justificativa estará no aumento da normatividade que um paciente pode alcançar, dadas as condições de limitação que a doença impôs. E é importante frisar que estamos falando de um paciente. Porque, embora alterações possam ser detectadas em nível orgânico, tecidual, celular, ou molecular, é de um ser humano que tratamos e não de seus constituintes elementares, fato que suscita imediatamente questões éticas. É possível imaginar uma tecnologia médica que seja capaz de sustentar indefinidamente a vida de um ser humano, independente da qualidade normativa que essa vida apresente. O caso de Tancredo Neves tornou-se um exemplo recorrente, e o filme *Johnny vai à guerra*, de Dalton Trumbo, é um clássico nessa discussão. Casos parecidos acontecem todos os dias e, normalmente, em situações como essas, os médicos tendem a se ausentar da discussão, na tentativa de aferrarem-se à posição de cientistas e técnicos em manutenção da vida, sem levar adiante quaisquer considerações sobre a normatividade e a qualidade desta vida.

Na psiquiatria, ou no campo mais vasto da saúde mental, a importância dessa discussão é crucial. São campos em que se mostra evidente a fragilidade de critérios estatísticos e médias, não só porque os desvios em relação à média podem significar sanidade — e não patologia — mas porque nem sempre a normalidade implica saúde. Pelo contrário, é possível perceber, em alguns indivíduos, 'patologias da normalidade'. A normalidade, nesses casos, nada mais significa que fixidez, fragilidade psíquica, que se defende do inesperado, do incerto, da vida enfim, por meio da construção de mecanismos adaptativos rígidos. O sujeito está preso a um padrão do qual não consegue fugir. É normal mas pouco tem de normativo. Essa capacidade de superação de limites anteriores, é isso que Canguilhem descreve como o valor fundamental da vida.

Exercer a medicina é saber lidar com esse fenômeno e com o modo singular com que ele aparece em cada paciente. Se para isto fosse suficiente conhecer uma lista de coeficientes ou constantes, computadores já teriam substituído os clínicos. Essas máquinas podem armazenar uma quantidade muito maior de informação, consultar todos os fármacos à disposição, com imensa rapidez e eficiência. Mas não possuem bom senso, pelo menos até hoje. Nem mesmo o *Deep-blue*, que derrotou finalmente Kasparov e

que é capaz de fazer milhões de cálculos em um segundo, tem bom senso. Não é capaz de entender uma piada ou perceber o sentido oblíquo de uma ambigüidade.

Pensando darwinianamente, serão talvez os andróides do futuro, aqueles que nos substituirão. Assim como representamos um salto fantástico em relação aos primatas, nada impede que imaginemos andróides que venham a se constituir em algum tipo de existência equivalente ou mesmo superior à nossa, em aspectos importantes: menos beligerante, menos destruidora do meio ambiente, por exemplo. Temos, muito espontaneamente, a ilusão de que a evolução das espécies teve seu fim quando a humanidade desceu das árvores e ficou sobre dois pés. Na escala biológica, porém, nada mais somos do que um elo de uma corrente que vai... para onde? Para Darwin não existe ponto final, nem horizonte visado pela evolução, mas apenas aleatoriedade e fixações momentâneas. O que importa é que esses andróides, se vierem, herdarão de nós o que temos de melhor: a capacidade de lidar com o mundo e a vida por meio de significações, de valores. Serão capazes não apenas de identificar médias e desvios, mas também de avaliar, apreciar qualidades, imaginar implicações. Em outras palavras, serão capazes de agir tendo em vista não só futuros antecipáveis, mas horizontes desejáveis, tal como os humanos em seus melhores momentos.

Com auxílio de Canguilhem, a medicina passa a ser instrumento, não para preservar a vida a todo custo ou para que sejamos meros técnicos em órgãos, mas para a construção de uma vida melhor. Se para Canguilhem o normal é o normativo e ser normativo é exercer a capacidade de viver a vida da melhor maneira possível, a medicina não pode ser dominada pela razão tecnocrática, que subordina interesses humanos à racionalidade e à eficácia de um suposto conhecimento neutro, de uma ciência supostamente desinteressada.

Pensemos no avanço da genética, que nos traz dilemas com os quais em breve teremos que nos defrontar. A tecnologia para a produção de clones, já existe, experiências de clonagem já aconteceram, embora tenham sido interrompidas. O que têm os médicos a dizer sobre isso? Geralmente não muito. Ainda estamos estupefatos, mas não basta, de modo algum, perguntar: — Funciona mesmo? É preciso perguntar: — É bom; justo; desejável? Para quem? Em que circunstâncias?



Ainda não estamos à altura dos desafios que a biologia nos propõe. Para atingirmos este patamar é preciso incorporar o que Canguilhem, já nos anos 40, propõe: a idéia de que a medicina está mais próxima da arte do que da ciência. Porque ela não é objetiva como a ciência se pretende e precisa ser, mas implica valores, implica avaliação. Os grandes médicos, no século passado, eram pensadores; pessoas que tinham uma idéia de como era, e de como deveria ser a sociedade. A medicina não era vista, por esses mestres, como uma prática técnica, mas sim humanística, ou seja, como um conjunto de atos e técnicas a serviço de uma visão do homem, a serviço da construção de uma sociedade melhor. Podemos discordar, hoje em dia, de muitas de suas teses e pretensões políticas, mas precisamos reconhecer que há algo desse espírito que valeria à pena recuperar.



## A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO CORPO desnaturalização de um pressuposto médico<sup>1</sup>

Jane A. Russo

Antropóloga;  
professora do Instituto  
de Psiquiatria da  
UFRJ e do Instituto  
de Medicina Social  
da UERJ

O desenvolvimento da Antropologia enquanto saber está intimamente relacionado ao conceito de Cultura e, ao tentar definir Cultura, geralmente pensa-se em suas manifestações visíveis como os hábitos, trajes, rituais, instituições ou artefatos fabricados por determinados grupos. Entretanto, uma das importantes contribuições da antropologia — talvez a mais importante — está justamente em demonstrar o caráter virtual da Cultura, como algo inerente ao próprio indivíduo.

Tendo como objetivo afirmar, ao mesmo tempo, a unidade biológica da espécie humana e a existência de modos de vida muito diversos no mundo, a antropologia aponta a Cultura como fator primordial de humanização. Não obstante, essa humanização não se realiza universalmente, de um modo único. Ao contrário, sua objetivação ocorre sempre através de um modo de vida particular.

É possível definir Cultura como um complexo conjunto de códigos que regem as ações coletivas de um determinado grupo. Código, por sua vez, é um conjunto de regras interpretativas através das quais o indivíduo atribui sentido ao mundo. Essas regras formam uma espécie de mapa que orienta o comportamento do indiví-

---

<sup>1</sup> Agradeço a Everton Meneses Cardoso Jr., doutorando do Programa de Pós-graduação em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, que transcreveu e organizou as notas de aula. (N. da autora)

duo, permitindo-lhe decifrar o território em que vive e nele transitar com desenvoltura. Podemos também comparar Cultura a uma rede que se aplica sobre um território originalmente indistinto, impondo cortes, estabelecendo contrastes, diferenças e relações, criando fronteiras artificiais, em um campo naturalmente contínuo. A Cultura cria, assim, significado.

Tomando como exemplo a classificação que as diferentes sociedades produzem acerca do espectro de cores, podemos perceber de que forma se instituem tais cortes culturais. Se em um determinado grupo social não se distingue a cor verde da azul, isto não significa que aqueles indivíduos não vejam, ou não percebam a diferença entre ambas, mas sim que essa diferença não possui significado socialmente construído e compartilhado. Ou seja, para estes indivíduos essa diferença não tem valor.

Apesar do fato de diferentes Culturas produzirem diferentes visões de mundo, temos sempre a impressão de estarmos lidando com um mundo intrinsecamente ordenado, correspondendo a afirmar que 'o mundo é assim porque assim tem que ser'. Ou seja, é difícil perceber a arbitrariedade da nossa própria visão de mundo. Tudo parece se justificar por uma razão lógica e plausível, e chegamos a pensar que 'as coisas são assim porque precisam ser assim', o que invoca uma sensação de necessidade, de naturalidade.

A cultura ocidental produziu uma idéia de Natureza como algo que escapa e se opõe à Cultura. E nada parece mais natural do que o corpo humano e as sensações corporais. Em geral se considera que tudo o que diz respeito à biologia, à fisiologia corporal, escapa à arbitrariedade da Cultura, sendo igual para qualquer sociedade ou grupo humano. Quando o tema é a fisiologia corporal, em geral a visão é de que 'as coisas são assim porque têm de ser assim'. Entretanto, nenhuma ação humana pode ser explicada sem referência à Cultura. Nosso corpo, a maneira como é usado, a maneira como dele falamos, a maneira de organizar as próprias sensações corporais, tudo é atravessado pela Cultura da qual se participa, tudo é atravessado por valores culturais arbitrários. Nosso corpo é uma realidade tão simbólica quanto física.

Uma análise superficial de alguns hábitos relacionados ao corpo ou às necessidades corporais, pode demonstrar de que forma esses hábitos — que parecem naturais ou justificados pela necessidade — possuem algo de gratuito, que responde por seu sentido simbólico, por seu poder de dar sentido, de

'fazer o mundo significar'. Trazemos como exemplo o ato de comer. Nada parece mais natural do que a necessidade de ingerir alimentos. Entretanto, tudo o que envolve esta necessidade biológica é absolutamente gratuito e arbitrário: o que comer, como, quando, com quem, aonde. Ou seja, o ato de comer encerra uma complexa classificação:

1. O que é permitido comer — A classificação de comida corresponde a uma classificação da natureza e, sobretudo, do mundo animal (animais comestíveis, domésticos, puros, impuros etc.). Esta classificação reflete, portanto, a relação do homem com a natureza.
2. Quando comer — Certos alimentos, considerados especiais, estão relacionados a festividades e rituais, bem como a diferentes fases do dia, ou da vida. Neste sentido, a classificação dos alimentos serve para dividir o tempo, marcá-lo através do que se come nos diferentes momentos, atribuindo um valor diferencial às partes do dia e da vida que resultam dessa divisão.
3. Quem pode comer e na companhia de quem — Muitas vezes determinadas classificações se dão através de proibições ou prescrições alimentares, a partir de critérios como categoria social, faixa etária, gênero, *status* etc.
4. De que forma comer — O local apropriado para se comer institui uma série de divisões espaciais da casa, interferindo, portanto, na organização deste espaço. Da mesma forma os utensílios usados, como talheres, mesa etc, classificam as pessoas que os usam. E o comportamento à mesa está entre os indícios mais precisos para distinguir as pessoas, seja identificando seu *status*, o gênero a que pertencem ou sua faixa etária constituindo-se, inclusive, em uma das formas mais importantes de determinar o grau de socialização de uma criança.

Pode-se considerar as regras alimentares como pertencentes à 'gramática inconsciente', que existe para dar sentido ao mundo e cuja transgressão provoca gafes, além de graves transtornos, até mesmo fisiológicos. Cada refeição é um ato simbólico que comunica algo sobre a forma como as pessoas organizam e interpretam o mundo. O mesmo acontece com as demais ações humanas relacionadas ao corpo. Através da maneira como se usa o corpo, das formas de falar dele e interpretar suas mensagens, expressa-se uma visão de mundo, uma forma de organizar o mundo.

Vejamos alguns exemplos de como a Cultura se inscreve em nosso corpo. Na relação mão direita *versus* mão esquerda existe uma classificação moral, quando se determina a preeminência de uma sobre a outra. Isto acontece em diferentes contextos culturais, em que a mão direita é considerada obrigatória e a mão esquerda, ao contrário, é interdita. Nesses contextos, efetivamente, a maioria das pessoas se torna destra. Assim, a Cultura inscreve, no corpo, oposições de valores e contrastes próprios do mundo moral.

MÃO DIREITA	MÃO ESQUERDA
Sagrada	profana
Socialmente aprovada	Socialmente reprovada

Essa classificação originária, que sustenta toda vida moral de uma sociedade, está para sempre inscrita no uso que o homem faz de cada lado do corpo. Tomando como exemplo as diferentes culturas, temos os yorubás, que usam a mão direita para comer (não usam talheres) enquanto a mão esquerda é usada para tocar as coisas 'sujas'; na Turquia a mão esquerda também é considerada 'impura' em relação à mão direita e é utilizada para a limpeza corporal; na Índia é a mão direita que pode tocar os alimentos. A mão direita é, portanto, moral, frequênta o terreno do sagrado, enquanto que a esquerda cai na esfera do profano, das coisas 'sujas', interditas.

O mesmo pode ser dito das demais partes do corpo, como a cabeça, o peito, o coração, o fígado, os órgãos genitais. A Cultura se inscreve no corpo, determinando o valor simbólico de suas diferentes partes, mas também sua aparência e seu uso. Em todas as culturas humanas, o corpo e suas diferentes partes sofrem modelações, podendo ser pintado, escarificado, enfeitado, coberto ou exibido. Essas modelações podem ser permanentes, como a circuncisão ou as tatuagens, ou temporárias, como o controle do peso, a depilação, o corte do cabelo.

Por sua vez, os diferentes usos do corpo implicam em adestramento, visando o controle: a) das necessidades fisiológicas, como o controle dos esfíncteres e da fome; b) das sensações corporais, como o controle do prazer e da dor, do desconforto e do bem-estar, do frio e do calor; c) dos movimentos corporais, como andar, correr, sentar, falar, tocar. Esse adestramento do corpo ocorre, na maioria das vezes, de forma absolutamente subliminar e,

normalmente, as pessoas não se dão conta de que um adestramento ocorreu. Não são capazes de reconhecê-lo enquanto tal e, se solicitadas a explicitar o conjunto inconsciente de regras que regem o uso que fazem do corpo, muito possivelmente não conseguirão fazê-lo. Entretanto, saberão perfeitamente comportar-se segundo essas regras. Ou seja, embora as regras não sejam conscientes, elas são seguidas à risca e as pessoas são capazes de perceber quando não são observadas, reagindo com sentimentos de desagrado ou mesmo de repulsa.

Voltamos à afirmação de que tais regras são formas de classificação das pessoas e de suas ações. Ou seja, são formas através das quais se atribui sentido ao mundo. O conjunto dessas regras pode ser designado como uma Cultura Somática, definindo:

- a) a maneira mais adequada de cumprir os atos físicos mais cotidianos;
- b) a maneira correta de conduzir as interações físicas com os outros;
- c) o grau de interesse e atenção que convém dar às sensações corporais e ao próprio corpo;
- d) a maneira correta de falar do corpo e das sensações corporais.

O que se considera doença, ou uma sensação doentia — sentir-se doente — é um comportamento culturalmente aprendido que varia socialmente, como parte de uma ‘cultura somática’ específica. Assim, a interpretação de sinais corporais como sinal de doença, deve ser também relativizada. Determinados ‘sinais’ físicos ou sensações corporais — seja qual for sua gênese — tornam-se ‘sintomas’, porque são percebidos e expressos a partir de formas socialmente adquiridas. Em outras palavras, esta tradução de sinal em sintoma é um ato de decifração, que depende tanto do tipo de atenção que é dada às sensações corporais, quanto de como essas sensações são discriminadas.

Trata-se de um comportamento adquirido. As pessoas ‘aprendem’ a discriminar as sensações corporais, ‘aprendem’ a agrupá-las, opô-las, compará-las, isolá-las, atribuir-lhes um caráter positivo ou negativo, a ajustar o limite de tolerância a elas. Quando uma sensação corporal é traduzida como sintoma, busca-se um agente terapêutico que possa ‘tratá-la’.

É comum acontecer de paciente e médico não partilharem (ou partilharem só parcialmente) a mesma ‘cultura somática’. O relato do paciente parecerá desprovido de sentido, confuso, desorganizado. A tendência do médico

será interpretar essa confusão como ignorância, desinformação. Entretanto, entendendo-se o corpo na sua dimensão simbólica, como parte da Cultura em que cada pessoa vive, se compreenderá que há modos diferentes de perceber e organizar as sensações que vêm do corpo. O paciente que fala de coisas que não se compreende, que associa sensações que não deveriam estar associadas, deixa de ser considerado ignorante e passa a ser visto como uma outra pessoa, que deve ser escutada e levada a sério na sua diferença.

### **Bibliografia**

BOLTANSKI, Luc – *As Classes Sociais e o Corpo*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1989



## ESTRUTURAS PEDAGÓGICAS NO ENSINO MÉDICO

Paulo Gabriel Hilu da Rocha Pinto

Bacharel em História,  
médico, mestre em  
saúde coletiva pelo  
IMS/UERJ

**E**sta exposição se baseia nos resultados da pesquisa etnográfica que realizei, com a perspectiva da antropologia social, na Faculdade de Medicina da UFRJ, durante os anos de 1993 e 1994. Quero iniciar indagando qual será o interesse dos alunos de medicina em uma reflexão crítica sobre o processo de formação que eles, conscientemente, estão buscando. A meu ver, os alunos serão os principais beneficiários de um conhecimento que lhes permitirá ter um maior controle sobre o processo de aquisição do seu próprio saber, logo, uma maior autonomia em relação às imposições deste processo.

Sabemos que nenhuma formação é inocente, ou seja, a formação não consiste simplesmente na passagem de informações, mas comporta, também, a transmissão de formas de comportamento, atitudes, valores e estruturas de percepção da realidade. Esses mecanismos de reflexão e de percepção são posteriormente utilizados pelos agentes para estruturar suas ações profissionais. O trabalho pedagógico da formação profissional naturaliza as visões de mundo por ele veiculadas, de modo a ocultar o quanto elas são arbitrárias e a apresentá-las como necessárias, fazendo com que sua reprodução se faça aquém da consciência e além do enunciado. Por isso, enfatizarei a análise dos mecanismos práticos do ensino universitário.

Sempre me espantou o fato de que muitos críticos

do *status quo* da medicina não tenham dado a devida importância aos mecanismos de formação do médico, uma vez que é a formação médica que cria os dispositivos de manutenção da ordem médica. Muitas faculdades de medicina operaram mudança no conteúdo de suas disciplinas, dando maior ênfase à medicina preventiva do que à medicina curativa, por exemplo. Porém, o limite de tais mudanças não demorou a aparecer, pois os conteúdos informativos foram reapropriados pelas relações práticas presentes no ensino médico, permitindo que os valores implícitos a estas relações — os quais permitem a reprodução do campo médico ou do campo social — tenham sido veiculados da mesma forma que antes, apenas acoplados a conteúdos diferentes. Embora a mudança de conteúdos seja fundamental, ela não é suficiente para alterar o equilíbrio de forças que determina os efeitos do ensino médico. É preciso modificar também a relação que se estabelece com a realidade do conhecimento, pois é ela que determina, futuramente, a prática médica. Para se criar uma crítica da formação é necessário levar em conta as práticas pedagógicas, que trazem em si os dispositivos cognitivos e perceptivos que serão inculcados nos alunos.

Um dos elementos fundamentais nas relações pedagógicas dentro da universidade é o acesso às fontes escritas de conhecimento. Este se dá através das bibliotecas universitárias, onde estão disponíveis os livros e textos indicados como base para o estudo das matérias em questão. A estreita ligação da prática médica com o avanço das descobertas científicas, faz com que seja necessária uma constante atualização do acervo das bibliotecas universitárias, a qual não é feita de maneira a atender as demandas acadêmicas. Por exemplo, no caso da biblioteca do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFRJ, onde realizei minha pesquisa, o acervo é lentamente atualizado, sendo quase impossível encontrar as últimas edições de determinados livros o que, no caso da medicina, significa dispor de livros obsoletos. Por exemplo, um livro de farmacologia impresso na década de 60, não pode servir de base para o estudo desta disciplina atualmente.

Geralmente, já no início de cada período letivo, alguns alunos que conhecem essas deficiências procuram retirar da biblioteca os exemplares mais recentes, retendo-os consigo até o final do período e inviabilizando, assim, o acesso dos demais colegas a eles. Alguns alunos baseiam-se também nas relações pessoais que estabelecem com os funcionários da biblioteca, cuja cola-

boração é de fundamental importância para que consigam um uso proveitoso do acervo, através de 'reservas' ou mesmo 'prorrogações' dos prazos de empréstimo.

Estes são os aspectos que geram, para muitos alunos, dificuldades no acesso às fontes escritas do saber médico, as quais, em princípio, deveriam ser universais. Depois de um certo período, boa parte dos alunos deixa de usar a biblioteca universitária, ou passa a recorrer a ela apenas para fins específicos. Em termos do curso em geral, a biblioteca acaba sendo preterida, restando ao aluno adquirir vários livros, muitos dos quais terão pouquíssimo uso futuro. Passa-se, então, de uma forma universal, a uma forma particular de acesso ao conhecimento, ficando este restrito aos que podem comprar ou fotocopiar livros.

Outra forma particular de acesso ao saber, muito presente nas faculdades de medicina, é a prática de tirar fotocópias de cadernos. Às vésperas das provas, os alunos costumam fotocopiar os cadernos daqueles que realizam boas anotações das aulas. Essas cópias são usadas como textos de estudo para as avaliações. As causas desse fenômeno estão no próprio tipo de avaliação realizada. Nas avaliações do curso médico, costumam ser cobradas não apenas as informações contidas no livro indicado, mas também aquilo que o professor disse em aula. Essas informações provenientes do discurso professoral derivam da experiência, pessoal e profissional, do professor em relação a determinado assunto, não estando contidas em outra fonte. Os cadernos de anotações se transformam, assim, na única forma de acesso a esse discurso. Essa importância do discurso professoral, por sua vez, torna as aulas expositivas o centro da estrutura do ensino médico.

Uma das características fundamentais das aulas expositivas no ensino médico é o uso de recursos visuais, como a projeção de imagens em *slides* ou em transparências, cuja informação é complementada por comentários do tipo: "*como vocês podem ver*", ou "*essa imagem dispensa comentários*". Isto provoca determinados efeitos no processo de aprendizado, pois se estabelece uma naturalização do que está sendo visto, criando a ilusão pedagógica de que se trata, apenas, de uma exposição da 'realidade' a ser encontrada em estado bruto. Essa realidade é mostrada como existente em si, sendo ocultado o processo de construção cognitiva que permitiu ao professor elaborar aquela imagem como sendo exemplar para um objeto do saber médico. Isto

foi ressaltado nas entrevistas realizadas com os alunos, os quais afirmaram ter aprendido, na faculdade, a observar, reconhecer e identificar os sinais e sintomas, mas afirmaram também não ter incorporado os mecanismos que lhes permitiriam construir aquele processo em outro contexto qualquer. Faltava-lhes a consciência da imagem como um produto de mecanismos cognitivos mobilizados pelo professor.

Esse tipo de pedagogia leva a uma fragmentação brutal do conhecimento, pois o excesso de empiria resulta em um apagamento do conjunto. Não há como unificar realidades cuja essência é representada como contida nelas próprias, e não no processo de criação que as tornou significativas para o pensamento. Essa fragmentação dos objetos orienta a própria estruturação dos cursos, que costumam ter um professor para cada assunto. Assim, em cada aula um novo professor adota sua forma de construir o objeto, de pensar e de refletir sobre ele, tornando impossível ao aluno, até mesmo se tratando da mesma disciplina, ter acesso a um pensamento unificador da matéria.

Tal procedimento encontra respaldo na própria estruturação do campo médico, onde é legítima a figura do especialista, ou seja, aquele que conhece profundamente um objeto específico através da prática, e que revela a sua importância para o conhecimento médico. A noção de especialidade se relaciona com a noção de experiência, e uma experiência só pode ser satisfatoriamente repassada, por aquele que a vivenciou, não sendo passível de ser relatada completamente por nenhuma outra pessoa. Isto contribui ainda mais para a fragmentação do saber médico, pois o próprio sujeito da transmissão do saber fragmenta-se nos diversos especialistas, permanecendo implícitos os mecanismos de construção de todas essas formas de saber que são apresentadas junto com seus objetos.

Não quero dizer com isto que esses mecanismos não sejam transmitidos. Os alunos efetivamente aprendem um sistema de pensamento aplicável à realidade médica, mas esse sistema não é objeto de uma reflexão consciente e sistemática por parte dos agentes envolvidos, sendo transmitido, de forma implícita, ao longo das aulas. Essas práticas acadêmicas produzem um reforço da autoridade professoral, pois o discurso do professor é um elemento fundamental no processo de transmissão do conhecimento, ultrapassando o papel que lhe é conferido pela instituição universitária, e permitindo que ele encarne na sua pessoa, de forma carismática, determinados valores centrais no campo médico.

Os seminários representam um outro tipo de prática pedagógica que, apesar de serem positivamente representados pelos professores entrevistados, não costumam diferir do modelo acima descrito. Em geral, não consta do processo preparatório desses seminários a indicação de uma bibliografia com leitura obrigatória para toda a turma, mas apenas para os alunos indicados como expositores; e entre os recursos pedagógicos adotados predominam, igualmente, aqueles que recorrem a técnicas visuais. Com isto, resulta que os seminários funcionam, conforme afirmou um aluno, como *"aulas teóricas [expositivas] ministradas por um grupo de alunos"*.

Outro importante recurso pedagógico adotado nas faculdades de medicina, é o sistema de aulas práticas, onde o aluno é colocado diante do objeto de exercício do saber médico. No ciclo básico este objeto é o cadáver e, no ciclo profissional, o doente. Sob a supervisão de um professor, de um residente ou de um monitor, o aluno irá executar a prática adequada, dissecando, diagnosticando ou medicando. Revela-se, nessas aulas, um outro tipo de reforço carismático à autoridade do professor, através do reconhecimento de sua capacidade de resolver as demandas inesperadas que a situação prática coloca, ou seja, de transformar um saber adquirido, na resolução prática de um problema novo. As aulas dos professores que contam com alto grau de reconhecimento dessa habilidade, são disputadas entre os alunos.

As aulas práticas são consideradas, tanto por professores quanto por alunos, como o elemento fundamental do ensino médico. Elas são vistas como o *locus* onde realmente se dá o aprendizado da medicina. Os dois grupos consideram as aulas expositivas importantes e necessárias, mas ressaltam que sua finalidade é dar suporte à prática. Deste modo, as aulas práticas são a verdadeira realização deste saber, buscado pelos alunos e transmitido pelos professores. A preferência pelas aulas práticas se evidencia, entre os alunos, pela expectativa que nutrem em relação ao internato. Os alunos que foram entrevistados antes de ingressarem no Internato, demonstraram uma visão bastante positiva a respeito da futura experiência, considerando-a como possibilidade de colocar em prática o que aprenderam nos anos anteriores, a partir de uma rotina profissional. Esta visão é também veiculada pelos professores.

Entretanto, a realidade do internato não corresponde totalmente a essa expectativa. Uma vez dentro dela, os alunos se deparam com uma prática que oscila entre a dependência acadêmica da graduação e as exigências de

responsabilidade da prática médica, o que está longe do ideal de prática autônoma para o qual foram orientados. Em setores específicos, os alunos internos têm um papel extremamente limitado, seja com atribuições mínimas e sempre sob estrita supervisão, ou com tarefas mecânicas e consideradas maçantes. Este confronto entre a representação do internato como uma espécie de ante-sala para a profissão e uma realidade que reforça a posição de graduando do interno, principalmente através da manutenção dos rituais acadêmicos — como as avaliações desvinculadas do desempenho prático — cria um sentimento de desilusão com a faculdade. Foi esse sentimento que transpareceu nas falas dos alunos que foram entrevistados duas vezes, uma antes e outra após seu ingresso no internato.

Trata-se de uma frustração que realça, para os alunos, a importância dos plantões extra-universitários em hospitais da rede pública ou privada. Foram unânimes as afirmações no sentido de colocar esses plantões como a experiência que de fato os tornou médicos, inclusive ressaltando a frouxidão ou ausência de supervisão nesses espaços. Percebe-se aí a idéia de que, quanto maior a autonomia, mais próximo se está da prática e, portanto, da medicina.

Vejamos o que se passa com relação às avaliações, estágio final de todo o trabalho pedagógico, às quais compete verificar os conteúdos assimilados, consagrando o saber que foi transmitido. No ciclo básico da faculdade de medicina as avaliações cobrem, em sua maioria, o conteúdo informativo dos cursos, sendo comum o uso de provas de múltipla escolha. Esse tipo de provas permanece presente ao longo de todo o curso, mostrando a importância da empiria no campo médico. À medida que se avança no ciclo profissional, as avaliações passam a se basear mais e mais em casos clínicos — hipotéticos ou não — que o aluno deve solucionar, revelando maior orientação para a estrutura do sistema de pensamento transmitido. Em geral as provas são escritas, sendo as provas orais reservadas, como forma de punição, aos alunos que fazem as 'segundas chamadas', ou seja, provas em datas posteriores às marcadas para toda a turma. Um dos professores entrevistados justificou esse procedimento afirmando que *"assim eles têm mais tempo para estudar"*.

Os alunos entrevistados demonstraram preferência pelas provas escritas, considerando haver nelas a possibilidade de negociação posterior do resultado, através da reinterpretação das respostas, enquanto que a oralidade não

permite essa flexibilidade. A oralidade está representada como ligada ao discurso professoral expressando, assim, uma verdade imediatamente reconhecível, enquanto que a escrita está ligada ao saber presente nos livros o qual, como vimos, convive com um saber oral que tem força de correção sobre ele. É perceptível a importância da oralidade — que pode ser notada no campo acadêmico brasileiro em geral — como forma de transmissão do conhecimento no ensino médico, assim como a relação de reforço entre a oralidade e a autoridade professoral. Essa relação se fundamenta em condições objetivas e simbólicas, como as formas de acesso às fontes escritas do saber e a estrutura das aulas, que fazem com que a circulação do saber se dê através de mecanismos privados e baseados no discurso provido de autoridade pedagógica.

Desse modo, a relação professor-aluno ocupa um papel central nas práticas de transmissão do saber no ensino médico, fazendo com que elas sejam extremamente personalizadas e hierarquizadas e estabelecendo também uma relação particularizante e hierárquica com o saber, o que se reflete, posteriormente, na estruturação da ação profissional. Isto explica a limitação das discussões sobre normas didáticas ou conteúdos ensinados pois, por mais que sejam modificados, de acordo com as tendências teórico-ideológicas vigentes, ao se concretizarem nas práticas acadêmicas recebem, através das disposições práticas internalizadas previamente pelos agentes, um sentido que ultrapassa, ou até mesmo contradiz, aquele que estava presente na sua concepção. Essa reorientação prática, mesmo quando conflituosa com o sentido originalmente previsto, encontra sua eficácia no fato de não se apresentar como tal à consciência dos agentes, que não a apreendem como um fenômeno estruturado pelas disposições práticas dos agentes, mas como um mero 'desvio' causado pelas 'circunstâncias' ou por agentes 'mal intencionados'.

Considero que, somente tornando explícitas as estruturas culturais e sociais atuantes sobre o sistema de ensino, será possível controlá-las, pois as forças culturais e sociais não podem ser negadas ou ignoradas, sob risco de reestruturarem a vida social com o reforço adicional do implícito; mas elas podem e devem ser levadas em consideração e re-trabalhadas para garantir a eficácia de qualquer projeto.

Por serem elementos implícitos do sistema, os mecanismos práticos acima analisados garantem a reprodução estrutural do campo médico, do campo acadêmico e do campo social, mesmo por parte daqueles que acreditam

criticá-los e tentam mudá-los. Esse paradoxo, presente na manutenção da ordem por aqueles que tentam mudá-la, deriva do fato que esses dispositivos práticos não se apresentam de forma consciente no discurso e nas ações dos agentes envolvidos — a menos que eles façam uma reflexão específica sobre sua prática e seus princípios estruturantes — e, portanto, permanecem intocados em seus projetos de mudança.

Gostaria de encerrar citando uma frase de Roland Barthes que sintetiza alguns pontos que procurei demonstrar. Ele nos lembra que “[...] *o que pode ser opressivo num ensino não é finalmente o saber ou a cultura que ele veicula, são as formas discursivas através das quais ele é proposto*” (BARTHES, 1980: p. 43).

## Bibliografia

- BARTHES, R. — *Aula*. São Paulo: Cultrix, 1980.
- BOURDIEU, P. — *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 1987.
- . *Homo academicus*. Stanford: Stanford University Press, 1988.
- . *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Genève/ Paris: Droz, 1972.
- CUNHA, L. A. — *A universidade reformada*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.
- DURKHEIM, E. — *Educação e sociologia*. São Paulo: Melhoramentos, 1978.
- FRAGA FILHO, C. & ROSA, A. — *Temas de educação médica*. /s.1./: MEC, /s.d./, (Série de Monografias de Ensino Superior, v.1).
- GEERTZ, C. — *The interpretation of cultures*. New York: Basic Books, 1973.
- LAMBEK, M. — *Knowledge and practice in Mayotte*. Toronto: University of Toronto Press, 1993.
- OLIVEIRA, J. A. — Uma Proposta para Reflexão da Universidade sobre a Educação Médica no País. *in: Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, 12(1), p.6-9, jan./abr. 1988.
- ROCHA PINTO, P. G. H. — O Cotidiano do Saber: um Estudo Antropológico das Práticas Acadêmicas. *in: Cadernos do ICHF*, Niterói, n. 58, p.22-59, jul.1993.
- SAHLINS, M. — *Ilhas de história*. Rio de Janeiro: Zahar, 1990.



## O ENSINO MÉDICO NO SÉCULO XIX

Flavio Coelho Edler

**N**osso tema de discussão será o processo de constituição das instituições que se dedicam à formação médica, enfocando especialmente a gênese do atual modelo de ensino médico. As narrativas históricas convencionais interpretam o desenvolvimento das instituições médicas como um processo evolutivo linear, não problemático, como algo natural na paisagem social. Na medida em que não acreditamos que os comportamentos sociais brotem como cogumelos, destacaremos justamente os momentos de rebeldia contra os padrões herdados e rotinizados do ensino médico.

Tal como o conhecemos hoje, o ensino médico é uma invenção do século XIX. As características mais marcantes do processo de ensino, isto é, do conjunto de etapas sucessivas pelas quais passa o estudante para transformar-se em médico, foram estruturadas a partir de dois movimentos científicos que revolucionaram, naquele período, a medicina moderna. Inicialmente a medicalização do hospital, num capítulo conhecido como o nascimento da clínica e, posteriormente, a constituição de uma nova medicina de laboratório, em que os fenômenos da vida foram reduzidos ao plano dos fenômenos físico-químicos e submetidos a leis mecanicistas, passando a depender da experimentação animal e da anatomia patológica macro e microscópica.

O primeiro momento de inflexão nos rumos do saber médico ocorreu logo após a Revolução Francesa, com

a institucionalização, na Faculdade de Medicina de Paris, do modelo sensualista e morfológico defendido por Fourcroy (1755-1809), entre outros. Tal modelo transformou o leito do paciente em fonte principal de informações sobre os fenômenos patológicos. Baseando-se na semiologia clínica e na anatomia patológica, a clínica hospitalar banuiu as diversas nosologias do século XVIII, explicitamente calcadas nas classificações dos naturalistas. Tal fato levou à generalização das práticas de exploração, como a percussão e a auscultação mediata, com referência sistemática dos sintomas aos dados da anatomia patológica. Até este momento de ruptura com os fundamentos do saber médico do passado, o ensino médico baseava-se em informações provenientes de qualquer época anterior para inseri-las, tanto no plano de sua formação doutrinária como no da clínica, ainda essencialmente expectante.

A segunda ruptura se deu, em parte, por oposição aos exageros sensualistas expressos pelo lema de Fourcroy: "*Peu lire, beaucoup voir et beaucoup faire*". Magendie (1783-1855) e Claude Bernard (1813-1878), entre outros, propuseram uma reorientação das pesquisas biomédicas. Tomando como base a construção de modelos analítico-causais, esta perspectiva visava uma explicação teórica da doença que fosse solidamente cimentada recorrendo-se, de modo sistemático, aos saberes físicos, químicos e biológicos. A investigação de laboratório, penetrando progressivamente na medicina hospitalar, passou a ser a principal fonte de conhecimentos médicos. O hospital muda seu perfil e sua função neste período. Com o desenvolvimento da fisiologia e da bacteriologia, associadas às técnicas de antisepsia (1867) e da anestesia — éter (1847) e clorofórmio (1848) — o hospital deixa de ser visto como um lugar para onde são levadas as pessoas que estão prestes a morrer. Associando-se à imagem de um local onde os enfermos podem ser curados, modifica-se o tipo de clientela e o hospital se torna um centro de saúde apropriado para cirurgias, atraindo as camadas sociais superiores. Com o aparecimento de modalidades de trabalho referentes a parcelas cada vez menores, embora não menos significativas, da totalidade do processo de diagnóstico e terapêutica, tende a reforçar-se a especialização como forma da divisão técnica da prática médica. A diferenciação e complementaridade das especialidades clínicas emergentes, relacionadas a novos objetos — certas patologias, áreas limitadas do organismo humano e faixas etárias específicas — estiveram estreitamente relacionadas à

mudança das condições institucionais sob as quais se exercia a formação e a prática médicas.

Este processo, aqui apresentado de maneira esquemática, não constituiu uma evolução linear. Pelo contrário, ele formatou modelos institucionais incongruentes, sendo ainda marcado por uma profunda crise — à qual nos referiremos adiante — que afetou as bases da profissão médica. Tanto a universalização dos currículos dos cursos médicos — um resultado recente somente alcançado na virada para o século atual — como a proliferação das revistas médicas especializadas e dos congressos médicos internacionais — o primeiro realizou-se em Paris em 1867 — são sinais que revelam uma estratégia bem sucedida. A medicina acadêmica ocidental foi capaz de restabelecer politicamente as bases simbólicas de sua legitimidade profissional, num panorama cultural crescentemente secularizado e marcado por ampla oferta de modelos curativos alternativos. É preciso salientar que a institucionalização destas inovações teóricas e práticas, foi amplamente condicionada pela estrutura social na qual elas se inseriram. O estabelecimento da validade científica e da eficácia prática do saber médico, revolucionado em suas bases epistêmicas, não foi apenas uma questão puramente intelectual. Dissensos, consensos e ampla negociação política entre os médicos e outras categorias de curadores, hoje desaparecidas, marcaram este processo através do qual foi sendo erigido o prestígio do médico como detentor de um saber especializado, e a sólida crença no poder preventivo e curativo da medicina contemporânea.

Na Grã-Bretanha, por exemplo, a batalha entre os *apothecaries* e *surgeons* contra os *physicians* foi sendo vencida, com os sucessivos passos do *Medical Act* de 1858, constituindo o *General Council* e o *Medical Register*, o corpo examinador comum em 1884, até o definitivo *Medical Act* de 1886. Na França, os sucessivos intentos de abolir a categoria dos *officiers de santé* (médicos de segunda classe) formaram um processo similar, cuja solução seria alcançada em 1892, com a promulgação da lei que reformou, enfim, a profissão médica. Nos Estados Unidos, a forte tradição liberal antepôs uma barreira às pretensões corporativas encaminhadas por membros da categoria, visando estabelecer o monopólio do exercício profissional através de um rígido controle dos estabelecimentos de ensino. Somente na primeira década deste século, com a criação do *Council on Medical Education*, alcançou-se o controle sobre as formas de credenciamento das instituições de ensino. Assim, o processo de constitui-

ção de um monopólio oficial sobre o mercado de serviços médicos, legitimado pelo reconhecimento público de sua exclusiva competência, encontrou ampla variação histórica, dependendo dos contextos socioculturais específicos.

Ao longo do século XIX, o desenvolvimento de formas institucionais voltadas para a expansão do uso do conhecimento técnico-científico gerado pela medicina, foi bastante problemático. Não se constituía como tarefa fácil, sustentar os privilégios profissionais em um contexto marcado pelo baixo consenso, entre os próprios médicos, sobre a legitimidade do corpo de conhecimentos herdados. É importante lembrar que, em curto espaço de tempo, ocorreram duas tentativas de refundar as bases legítimas sobre as quais se apoiava o processo de produção do saber médico. O aspecto mais peculiar desta crise está no fato que, a partir de meados do século, ao mesmo tempo em que diminuía os dissensos sobre a relevância das disciplinas médicas experimentais, aumentava o fosso que separava os conhecimentos sobre os processos fisiopatológicos, daqueles relativos à terapêutica. A medicina era tragicamente impotente para realizar seu projeto. Como observou Canguillem, *“ela não conseguiu passar além de um discurso vazio que incidia sobre práticas (terapêuticas e profiláticas) que muitas vezes se assemelhavam à magia”*. Apenas no último quartel do século XIX, período dominado pelas conquistas da microbiologia, as ações curativas e preventivas da medicina começaram a realizar os sonhos almejados pelos médicos desde o princípio do século.

### **As reformas do ensino médico no Brasil Imperial**

Em contexto tão conturbado, o controle sobre as formas de credenciamento para o exercício da medicina era visto como peça fundamental, na batalha pelo monopólio sobre a clientela e a conseqüente exclusão institucional de outras categorias de curadores, às quais se imputavam práticas de charlatanismo. As reformas do ensino médico refletiam, passo a passo, tentativas de fixar as bases comuns necessárias ao pleno exercício daquela atividade profissional.

Com a transferência da Corte portuguesa para a colônia sul-americana e a transformação do Brasil em sede do Império lusitano, iniciou-se intenso

desenvolvimento das atividades culturais e econômicas. D. João VI criou, em 1808, dois estabelecimentos de ensino médico-cirúrgico ligados aos hospitais militares, um em Salvador e outro no Rio de Janeiro. Ao longo de quase todo o século XIX, estes estabelecimentos permaneceram como os únicos centros de formação médica oficial no país, e até a transformação das escolas médicas em faculdades de medicina (1832), eles concediam dois tipos de diploma, o de 'cirurgião' e o de 'cirurgião formado', ministrando um ensino estreitamente ligado às necessidades da marinha e do exército. A Carta de Cirurgião Formado permitia, além dos atos cirúrgicos, o exercício da medicina nas regiões do Império onde não houvesse médicos, e a única diferença entre os dois diplomas era a exigência, feita ao postulante à Carta de Cirurgião Formado, de repetir as matérias do quarto ano. Não havia, portanto, a idéia de aperfeiçoamento por especialização em temas específicos, ou sequer a concepção de um desenvolvimento progressivo dos saberes, correlata à de obsolescência dos conceitos vigentes. Tratava-se de reforçar as doutrinas e habilidades que pertenciam a um corpo de saberes perenes, como um amálgama de teorias médicas antigas ou reformuladas. A elite médica de então, visando estender seu controle sobre a regulamentação da prática médica, conseguiu de D. Pedro I a concessão, em 1826, do direito de monopólio sobre a formação profissional às escolas médico-cirúrgicas. Um quadro, simbolizando este evento, foi encomendado a Araújo Porto Alegre.

A fase que antecede a maioridade de Pedro II (1842), corresponde ao período de maior liberdade no Império. Durante as Regências, sob os auspícios da recém criada Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (1829) — embrião da Academia Imperial de Medicina —, as academias de Salvador e da sede da Corte foram elevadas ao *status* de Faculdades de Medicina (1832). Seguindo o modelo pedagógico das instituições francesas de ensino superior, estas faculdades iniciaram a diplomação de médicos, farmacêuticos e parteiras.

Na França pós-jacobina, estruturou-se um rígido sistema educacional, extremamente centralizado, que só seria alterado pelas reformas introduzidas em fins do século, pelos intelectuais da Terceira República, inspirados no modelo germânico. Paris tornara-se, na primeira metade do século XIX, o centro difusor das inovações médicas, notabilizando personagens como Corvisart, Pinel, Laennec, Broussais, Bretonneau, Trousseau etc. Conforme afirmamos anteriormente, o enfoque clínico torna-se a idéia básica, afastan-

do a educação médica dos cursos voltados exclusivamente para o estudo das especulações científicas problemáticas, para adotar uma pedagogia voltada para a observação clínica junto ao leito do enfermo. Em meados do século, o desenvolvimento das disciplinas que transformaram as bases do saber médico, com a introdução do enfoque experimental, encontrou resistências nas escolas francesas, provenientes da extrema centralização, que tirava das mãos dos professores o controle sobre o processo de ensino. O mesmo aconteceria no Brasil pois, como dissemos, nossa elite médica optou pelo modelo francês. De fato, o modelo napoleônico não previa a participação dos alunos nas pesquisas do professor, ou mesmo a transferência dos centros de pesquisa para as instituições de docência.

Em meados do século, o Império brasileiro teve uma fase de estabilidade política, simbolizada pelo gabinete da Conciliação. Além disso, parecia aos habitantes da Corte que a nação havia encontrado os trilhos do 'progresso', o que era assinalado pelas conquistas materiais proporcionadas pela economia cafeeira. Nesse contexto, os professores apresentaram ao governo um plano visando ampliar seus poderes sobre os instrumentos e instituições que regulamentavam o exercício da medicina, como o ensino médico, a administração dos hospitais e casas de caridade, as sociedades médicas, a polícia médica e o próprio exercício profissional. O projeto que reformou as faculdades, dando-lhes seus primeiros estatutos, teve como principal objetivo conformar as instituições médicas brasileiras ao figurino parisiense. É preciso notar que, no Brasil, não havia outra categoria de curadores que rivalizasse com os doutores em medicina, em termos de prestígio e poder. Isto não significa que eles tenham alcançado precocemente o tão desejado controle interno do processo de trabalho, ou seja, a autonomia institucional que caracterizaria a profissão, posteriormente, como liberal.

Ao longo de quase todo o Segundo Reinado, nos trinta anos que antecedem a Reforma Sabóia (1884), as *Memórias Históricas* das faculdades de medicina diagnosticavam, a cada ano, sua situação caótica, ressaltando: a) o despreparo dos alunos em função da pouca ênfase dada às disciplinas científicas no ensino secundário; b) os baixos vencimentos dos professores obrigando-os a dividir as tarefas de cátedra com o exercício da clínica particular e sempre em detrimento das necessidades da primeira; c) a ausência de concursos para as cátedras; d) a inexistência de ensino prático nas clínicas espe-

ciais e nas disciplinas que exigiam um laboratório equipado; e) a carência de obras atualizadas nas bibliotecas; f) a incapacidade de criar um sistema seletivo eficaz, na medida em que havia uma política governamental implícita de afrouxar os exames, o que redundava na aprovação em massa dos alunos.

As dificuldades de profissionalização da medicina, neste período, revelam dois aspectos, um exógeno e outro endógeno ao campo médico, que tiveram igual ressonância no fracasso da política de aperfeiçoamento do ensino médico. O primeiro destes aspectos chama atenção para as especificidades da afirmação de uma ética profissional numa sociedade escravocrata. Em outras palavras, as instituições médicas do Império estavam subordinadas aos valores hegemônicos, sustentados pela classe senhorial dirigente: hierarquia; centralização administrativa, escravidão, cidadania limitada, autoridade patriarcal etc. A combinação desses valores expressava um padrão de relacionamento entre os segmentos sociais, onde dominava o clientelismo e o patrimonialismo, mediados por uma ética de favores, que transformava os cargos públicos em prebendas, sinecuras. As Cartas de Empenho, que permitiam o afrouxamento das provas, tanto para candidatos aspirantes aos cursos médicos, como para os formandos que eram protegidos dos oligarcas, eram emblemáticas do pouco espaço que havia, naquelas instituições de ensino, para a afirmação de uma ética profissional orientada por critérios como a competência e a habilitação técnico-científica.

O segundo aspecto, intimamente relacionado ao primeiro, ajuda a explicar porque os mecanismos de controle interno do processo de formação e do exercício da medicina, continuavam na órbita do poder pessoal e na dependência da elite burocrática. Trata-se da profunda crise, acima referida, que incidiu sobre os fundamentos do saber e da prática médica, num contexto em que se iniciava a construção das instituições basilares do poder médico no Brasil. A aposta na construção de novas e sólidas bases de conhecimento, a partir da fisiologia experimental, e a crença de que esta se tornaria o fundamento principal da terapêutica, levou à rejeição dos sistemas médicos do passado e do cego empirismo herdado da medicina clínica. O descompasso entre este novo programa de pesquisas postulado pelos médicos e os efetivos resultados no campo da profilaxia e terapêutica, que só seriam alcançados no final do século, produziram uma crise sem precedentes na corporação médica. Esta fase de niilismo terapêutico pode ser apreendida pela frase de um

médico baiano, que caracterizou este, como um momento *“em que o solo médico treme e parece querer abrir-se sob nossos pés”*. Não foi possível, naquele contexto, legitimar as instâncias autônomas de consagração do poder médico, pautadas por critérios meritocráticos, pois elas pressupunham um conhecimento médico fora do alcance dos leigos.

Esta situação se modifica a partir do último quartel do século XIX, com a emergência do modelo germânico de ensino médico, que previa a integração do hospital, da sala de autópsias e do laboratório em mãos de profissionais, permitindo, assim, o florescimento de contribuições criadoras, com imediata aplicação à clínica e ao ensino. A imprensa médica brasileira foi o fermento que impulsionou a institucionalização das novas disciplinas experimentais. Através dela, os diversos ramos do saber médico — que não dispunham de espaço efetivo nas duas faculdades oficiais — puderam legitimar-se perante os pares e seus representantes puderam consolidar as respectivas posições. A afirmação do modelo germânico, que previa a junção da atividade de pesquisa à tarefa docente, dentro do espaço acadêmico, foi favorecida, também, pelas possibilidades abertas pela nova conjuntura histórica iniciada com o fim da Guerra do Paraguai. Este novo período, marcado pelas lutas abolicionistas e republicanas, propiciou o afloramento de interesses médicos corporativos, à margem dos canais impostos pela administração imperial, transbordando, assim, a ação política, para além da órbita do poder tutelar da elite imperial.

Organizados em torno das palavras de ordem ‘ensino prático’ e ‘ensino livre’, os médicos procuravam atingir os pilares do modelo vigente, cuja rigidez tornara as faculdades do Império incapazes de formar um profissional com as novas competências exigidas pela especialização do saber médico em ramos conexos. Os resultados mais imediatos desse movimento reformista foram a Lei do Ensino Livre (1879) e a Reforma Sabóia (1882), que deu à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro as condições materiais necessárias à implantação do modelo germânico de ensino médico.

Todo esse amplo movimento, de profundo significado na configuração atual do ensino médico, foi obscurecido pela geração dos famosos pastorianos — Oswaldo Cruz, Adolpho Lutz, Carlos Chagas etc. — que muito ajudaram na construção de um mito, que se adequava perfeitamente aos interesses dos republicanos positivistas e nacionalistas: o mito de que a medicina científica seria obra exclusiva da República.



**Bibliografia**

- BENCHIMOL, Jaime Larry – *Do Pasteur dos Micróbios ao Pasteur dos Mosquitos: febre amarela no Rio de Janeiro (1880-1903)*. Niterói: Tese de Doutorado (Curso de Pós Graduação em História) UFF, 1996.
- FERREIRA, Luis Otávio – *O nascimento de uma Instituição Científica: os periódicos médicos brasileiros da primeira metade do século XIX*. São Paulo: Tese de Doutorado, FFLCH-USP, Departamento de História, 1996.
- LUZ, Madhel Terezinha – *Medicina e Ordem Médica Brasileira: 1850-1930*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- MACHADO, Roberto *et al.* – *Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MAGALHÃES, Fernando de – *O Centenário da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro 1832-1932*. Rio de Janeiro: Typ. A.B. Barthel, 1932.
- NAVA, Pedro – *Capítulos da História da Medicina no Brasil*. Rio de Janeiro: Brasil Médico Cirúrgico, 1949.
- PEARL, Julian G. – *The Tropicalist School of Medicine of Bahia, Brazil, 1869-1889*. Michigan: Columbia University, 1990.
- SANTOS FILHO, Licurgo de Castro – *História Geral da Medicina Brasileira II*. São Paulo: EDUSP, 1991.



**Terceiro bloco**

**MEDICINA E SOCIEDADE**



## MEDICINA E RACIONALIDADE CIENTÍFICA NO ENSINO MÉDICO CONTEMPORÂNEO

Madel Therezinha Luz

Socióloga, doutora em ciências sociais pela USP e professora titular do Instituto de Medicina Social da UERJ

**A**té o Renascimento, ou seja, até o século XVI, prevaleceu socialmente uma concepção de medicina como forma de interrelação de sujeitos, ou de interação de subjetividades (para empregar uma expressão atual), através da qual um sujeito sofrendo determinada doença, poderia ser curado por um 'artesão' da medicina. Desta forma, as curas eram vistas como 'arte médica', o que tinha um peso cultural muito grande. Com a ascensão da ciência, aconteceu não propriamente uma ruptura mas uma descontinuidade nessa concepção de medicina. A passagem cultural para a modernidade, que se deu entre os séculos XVII e XIX, determinou a predominância da ciência médica, introduzindo a arte médica no campo da racionalidade científica.

Foucault utiliza a categoria da episteme para designar esta passagem, sendo que episteme representa a forma de pensar e ver o mundo, de analisar e julgar as coisas numa cultura e em determinado período. O personagem literário de Dom Quixote de La Mancha foi apresentado, por Foucault, como modelo de sujeito que assinala essa passagem, representando a episteme da similitude, que caracteriza o período medieval e vai até o Renascimento. A similaridade, a cumplicidade entre todas as coisas e a analogia, tinham um papel fundamental nessa episteme, em termos do pensar e do agir. No mundo da semelhança, tudo está interligado, ou refletido, sobre todos. Nesse universo epistemológico

de cosmovisão, a idéia do macrocosmo e do microcosmo está muito presente, assim como a idéia de que se pôde atuar materialmente sobre os seres, não apenas pelo agir, mas pela palavra. Desta forma, a 'magia' pode ter uma dimensão importante na vida, como forma de decantação de palavras e de coisas não-ditas, mas que podem ser representadas e 'agidas'.

Segundo Foucault, a idéia da 'representação' das coisas através do processo de análise e criação de conceitos, cria o que ele denominou uma 'nova episteme', presente no racionalismo clássico (dos séculos XVII e XVIII). Para o caso da medicina isto nos interessa, ao ensinar-nos que, quando se muda uma episteme (ou paradigma, segundo Ginzburg) para outra, muda-se também a forma de inserção social do profissional da cura, o médico. Entre os séculos XVI e XVIII, passou-se a ter não mais o artesão da cura — cuja forma de intervenção se dava pelo uso de um paradigma 'indiciário' em que indícios, similitudes, semelhanças, coerências remetem a uma totalidade vista em termos de singularidade (o paciente doente) — mas o cientista da doença, ou do adoecimento, como profissional privilegiado da arte de curar.

Apesar da idéia de 'ciência médica' e da participação da medicina na racionalidade científica terem dominado progressivamente o cenário entre os séculos XIX e XX, o artesão do paradigma do Renascimento, e mesmo da Idade Média, continuou presente na medicina como arte de curar, tendo sido transportado para o novo paradigma científico, através da ação/relação do médico com seu paciente. Passam a conviver, no mesmo saber, sobretudo a partir do século XIX, o cientista da doença e o artesão da cura. Quando a ciência médica começa a trabalhar com a racionalidade científica, o modelo lógico que irá orientar o conhecimento a respeito das doenças será de natureza analítica, generalizante e experimental, no sentido da prática do método científico como forma básica de produção de conhecimento. Em outras palavras, nenhuma afirmação poderá ser feita sem estar respaldada na experimentabilidade, entendida como prática do método científico com relação a diversos objetos. Por exemplo, para detectar e tratar determinada doença em mulheres grávidas, como o *diabetes mellitus*, foi necessário realizar, previamente, uma quantidade de estudos experimentais em cobaias grávidas. Este exemplo foi citado em uma exposição recente, na semana de iniciação científica da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), em que participei com o projeto *Racionalidades Médicas*. Os estudos ali apresen-

tados, eram todos baseados em experiências, em experimentação laboratorial de natureza analítica, generalizante, com patologias produzidas em cobaias ou *in vitro*. A acumulação do conhecimento, em sua essência, não tem relação direta com o paciente e nem é seu objetivo ter. O objeto do conhecimento não é o sujeito doente, mas a estrutura e a forma de evolução da patologia, no sentido de descobrir sua etiologia e conseqüente forma de combate. Entretanto, quando o profissional médico — e não o simples pesquisador de doenças — está frente a frente com um sujeito sofredor, fica evidente, para ele, que esta lógica 'laboratorial' perde sentido.

Um médico pesquisador de doenças do campo da biomedicina, e mesmo da psicanálise, não é, necessariamente um bom terapeuta. Por exemplo, um dos poucos pesquisadores que trazem uma contribuição teórica significativa para a psicanálise, depois de Freud, é Lacan. Como psiquiatra, consta que Lacan teve vários fracassos tendo, em seu currículo, pacientes que se suicidaram. Portanto, a partir da segunda metade do século XVII e, sobretudo, ao longo do século XX, a dicotomia pesquisador (ou teórico) *versus* terapeuta, entre o cientista e o artesão da doença, manifestou-se freqüentemente, sob forma de tensão, no profissional médico. Para o cientista, o importante é diagnosticar a doença e para o terapeuta, o importante é curar o doente. Progressivamente, entre os séculos XVIII e XIX, criou-se um abismo, na biomedicina, entre a diagnose e a terapêutica. Mas até a primeira metade do século XX, ainda se tem o profissional 'clínico', que examina um sujeito doente e quer analisar a totalidade do adoecimento, eventualmente a totalidade da doença como entidade patológica no doente.

A doença torna-se autônoma enquanto objeto de estudo, em relação ao paciente, o que não havia acontecido antes na história da medicina. O mais importante é que, tanto a ciência da patologia quanto o discurso sobre ela, se legalizem, se institucionalizem. Isso tem uma repercussão muito importante na linha da profissionalização do médico, na medida em que afeta sua formação através do ensino. Por exemplo, 58% dos vestibulandos que foram aprovados para a Faculdade de Medicina da UERJ, em 1996, preferiram inscrever-se na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), alegando que a UERJ não desenvolve atividade de pesquisa médica. Para eles, portanto, o mais importante é estudar as doenças e conhecê-las em suas origens e perspectivas de desenvolvimento. Isto não está relacionado, especificamente, com

o ato de curar doentes. Para a profissão médica, esta discussão é importante, pois o perfil do artesão da cura, da Renascença e da Idade Médica, difere totalmente do perfil do cientista que se torna um cultuador da experiência sobre a estrutura, a localização e a causa de doenças específicas. Quanto mais exótica e mais rara a doença, mais importante ela se torna para a ciência médica e para o futuro profissional médico.

Se a arte da cura ficou demasiadamente subordinada à questão da medicina como ciência das doenças, isto não significa, porém, o fim do médico com vocação de terapeuta. Diferentemente do Brasil, nos Estados Unidos foram feitas várias pesquisas sobre ingressantes nas faculdades de medicina. No primeiro e no segundo ano de curso, uma grande porcentagem desses estudantes revelou, como motivos de sua opção pela medicina, o desejo de curar as pessoas doentes e de resolver, ou ajudar a resolver, os problemas de saúde da população. Mencionaram como importantes para sua formação as categoria de cura e saúde que, por serem demasiadamente amplas, estão atualmente alheias ao paradigma da ciência médica. São categorias consideradas metafísicas e não passíveis de serem testadas experimentalmente. Lembrando o modelo de Popper, já mencionado neste curso, estas seriam categorias vagas. Elas não podem ser submetidas ao teste da 'falseabilidade', não podem ser contrastadas com os fatos, pois pertencem à área da metafísica e não da ciência. Se é assim, não podem ser consideradas categorias interessantes para a ciência médica.

Os estudantes pesquisados, estavam interessados em curar, em ajudar no restabelecimento da saúde da população. Mas no indivíduo médico, o terapeuta não morreu. Este indivíduo vem carregando dois paradigmas dentro de si, o que se coloca para ele como um problema. Estudos feitos nos Estados Unidos e no Instituto de Medicina Social da UERJ, pela professora Jane Sayd, revelaram uma outra questão referente à formação médica. Sayd entrevistou muitos alunos e analisou as representações de morte e de doença veiculadas no ensino médico. Percebeu que, durante o primeiro e o segundo ano, os alunos são introduzidos a disciplinas como anatomia, patologia, fisiologia etc. A partir do terceiro ano, são obrigados, pela prática, a entrar em contato com o sujeito doente, o que se revela como um momento de grande e profunda depressão para os estudantes. O discurso abstrato sobre a doença, que ocupa obsessivamente todos os horários nos períodos anteriores, deixa-os



sem tempo para pensar. A quantidade de informações e de noções sobre disciplinas e ciências, indispensáveis ao embasamento da ciência médica, ocupa todos os espaços do tempo, do pensamento e da memória dos alunos, de forma que, depois, eles têm dificuldade para 'olhar em volta'. É como se fossem animais de corrida, cujas viseiras impedem de olhar, por exemplo, os doentes. No terceiro ano, repentinamente, os alunos entram em contato com doentes à morte, com sintomas e mal-estares sobre os quais receberam noções abstratas gerais, analíticas, que pouco se aproximam da singularidade do sofrimento do paciente. A reação primeira é de depressão e muitos chegam a extremos, como abandonar o curso. Há relatos de tentativas de suicídio. Suas afirmações, então, se complementam: *"quando entrei aqui queria curar, queria ser um terapeuta; não entrei simplesmente para me recheiar de noções sobre doenças"*.

Nesse momento, muitos alunos mudam de escolha, movendo-se para as áreas da medicina alternativa, psicologia, psicanálise ou psiquiatria. O motivo para esta mudança parece estar no fato que a relação entre o terapeuta e o paciente é mais viva nestas áreas, o que pode fazer ressurgir a esperança de curar. É interessante notar que os estudantes são treinados para olhar a morte também como um fenômeno abstrato, como o termo final de uma patologia. Mas ao enxergar o doente moribundo como pessoa, e não como peça exemplar de patologia, o contraste torna-se muito grande. A sensação de fracasso contrasta profundamente com a onipotência do discurso generalizante da ciência. Introduce-se, neste momento, uma espécie de tensão no estudante, que vai acompanhar o médico por toda a vida. Com a prática continuada, a vocação poderá ajudar muitos destes profissionais a encontrar a dosagem certa entre o modelo da ciência e a questão da arte. Não se anularão como terapeutas, mas saberão que, no momento da escolha, o que irá pesar — não apenas na terapêutica mas no próprio estabelecimento da diagnose — será o paradigma 'indiciário'. Quer dizer, o paradigma das inúmeras experiências singulares que acumularam junto aos doentes individuais que passaram por suas mãos. Repete-se o que acontecia na antiga clínica, em que o profissional sabia, pelo respirar e pela postura do paciente, tão logo ele entrava no consultório, se era um tuberculoso, um enfisemático ou um asmático.

Aos poucos vai predominando esse tipo de conhecimento que parece ser meramente 'intuitivo', embora não o seja, pois é feito de raciocínios sintéti-

cos, em que a 'dedução' se faz a partir de uma série de experiências singulares de observação que se acumulam, formando um 'acervo' de conhecimentos do médico. É preciso atentar para o fato que isto não tem nada a ver com um conhecimento analítico e generalizante. Trata-se de outra forma de procedimento lógico. A escolha da terapêutica, nessa lógica, depende também de outro elemento, que é a relação entre médico e paciente, irreduzível à ciência e à racionalidade científica. É a partir desta relação que se irá identificar porque, para este paciente, neste momento e desta maneira, tal medicamento é indicado e não outro, em tal dosagem e não outra. Isso fica evidente em outra racionalidade médica, como a homeopatia. Mas acontece também com clínicos convencionais, que possuem grande experiência na medicina como arte da cura.

O maior problema na questão da formação do médico, dos anos setenta para cá, é que o ensino da arte médica como arte da cura era feito, anteriormente, através da relação mestre-discípulo. A formação em uma arte capaz de produzir conhecimentos, objetos ou coisas únicas, implica na presença de um mestre. E não se trata da relação professor-aluno, e tampouco conferencista-audiência, como em muitos cursos de medicina acontece. Houve um momento em que as faculdades de medicina se assemelhavam aos cursos de preparação para o vestibular dos anos 70, em que o professor, munido de seu microfone, proferia sua aula para um auditório com mais de cem alunos.

Pode-se argumentar que este exemplo não se aplica apenas à formação médica, mas à formação universitária em geral. Entretanto, especificamente na formação do médico, havia um ciclo institucional de estudos, um órgão formador, que era o hospital de clínicas, ou a policlínica, que o antecedeu. Enfim, o hospital de clínicas era um lugar onde o catedrático passava com seu 'bando de filhotes' atrás, ensinando o que é o dia-a-dia à 'beira do leito', numa caracterização perfeita do ensinamento mestre-discípulo. Isto podia acontecer não apenas em termos de clínica médica, mas também das diversas especialidades. Assim funcionou o ensino médico durante muito tempo, e diria mesmo que até o início dos anos oitenta. Com a transformação dos hospitais universitários e todos os hospitais de clínica em serviços públicos de atenção de massa, tornou-se cada vez mais inviável a relação mestre-discípulo. Até porque a profissão médica tornou-se também uma profissão de massa e perdeu muito do

prestígio que tinha, ainda nos anos setenta, quando já não preservava as mesmas características dos anos 50.

O prestígio do médico nos anos setenta é o do grande especialista, que cobra caro e que tem, no vínculo com a universidade, um ponto de *status* social, embora, mais freqüentemente, este profissional se encontrasse em sua clínica privada, atendendo a uma população de classe média alta. Eles foram se afastando, aposentando-se e hoje, a grande questão, é que o mestre, que ensinava a reprodução da prática da cura, está ausente dos grandes hospitais. Até o momento, aparentemente, nada tem substituído esse sistema na formação do terapeuta, do artesão que ainda está vivo dentro do médico. O que existe são jovens professores-adjuntos ou, mais freqüentemente, assistentes ou, pior ainda, professores-substitutos. Há também uma agudização da separação, na ciência médica, entre diagnóstico e terapêutica, com a sofisticação tecnológica cada vez maior dos exames diagnósticos, sem a mesma ênfase na questão do tratamento o da cura.

### **Bibliografia**

- FOUCAULT, M. – *Les Mots et les Choses. Paris*: Ed. Gallimard, 1966.
- GINZBOURG, C. – *Mitos, Emblemas, Sinais*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
- LUZ, M. T. – *A Arte de Curar x a Ciência das Doenças*. São Paulo: Dynamus Editorial, 1997.



## CIDADANIA E SAÚDE MENTAL

Pedro Gabriel Godinho Delgado

Psiquiatra, professor  
adjunto do Departamento de Psiquiatria e  
Medicina Legal da  
UFRJ

**P**odemos iniciar indagando qual o interesse que existe em discutir a questão da cidadania *versus* prática médica, com estudantes e profissionais da medicina, no âmbito de uma disciplina sobre o saber médico. Tomarei o tema da cidadania dos loucos para iluminar o debate. No livro *A Era dos Direitos*, Norberto Bobbio formula uma questão que está quase se perdendo, e que se contrapõe a um certo discurso que exalta o mercado e as evidências que falam por si mesmas em termos da economia. Segundo Bobbio vivemos a “*era dos direitos*” e para nos situarmos diante dos impasses do final do milênio, será necessário levar a termo a tarefa de definir e entender a questão dos direitos, à qual o tema da cidadania está certamente relacionado.

Quando se coloca em discussão a cidadania do paciente psiquiátrico e do louco, assim como da criança, imediatamente esbarra-se na noção de tutela. A tutela é um mecanismo criado pela sociedade para proteger as pessoas que não têm autonomia para exercitar seus direitos ou para transitar de forma adequada e feliz na cidade humana. Através da tutela estende-se a mão a estas pessoas, para que possam atravessar a rua da vida urbana, em lugares e momentos determinados. Considerando, por exemplo, que o louco não é capaz de cuidar de sua vida financeira, uma pessoa é indicada para representá-lo nesse aspecto; se o louco comete um delito, ele não será culpabilizado, por não ter condições

mentais para saber o que faz. O estatuto que reza a existência de proteção especial para o paciente psiquiátrico ou para o louco, representa ao mesmo tempo uma solução e um problema. Reconhecer esse estatuto é o mesmo que reconhecer, em determinado tipo de cidadão, a necessidade de proteção especial, tal proteção podendo ajudar ou prejudicar a vida e o bem-estar deste cidadão.

Antes de abordar o tipo de cidadão que o louco pode vir a ser, seria interessante especular sobre a idéia de cidadania. Dois autores que pensaram sobre as origens da cidadania foram Hannah Arendt e Cornelius Castoriadis. Este último lança o argumento de que a idéia de cidadão germinou na sociedade grega mas essa idéia, em si mesma, foi utópica e quase ficcional, pois pensar a sociedade grega real, da qual fala a historiografia, com 70% da população escrava em contraposição a um reduzido número dos chamados homens livres, é diferente de pensar que esses homens livres formularam o germe da idéia — que atravessa a humanidade nos últimos dois milênios — de que é possível construir uma forma de convivência no *locus* cidade, que irá permitir o estabelecimento de regras consensuais destinadas à felicidade e ao bem comum. Portanto, não são regras da natureza e sim uma construção que faz parte da história humana, um invento que hoje denominamos 'esforço de organizar uma sociedade democrática'. Sua finalidade última é criar a possibilidade da cidadania e de que as pessoas convivam, lutem pela vida, busquem a felicidade e possam ter a engenhosidade de construir instrumentos para que a justiça, a felicidade e a igualdade sejam exercidas. Os agentes desse esforço seriam cidadãos e os que estivessem fora de tal empreitada, teriam um estatuto especial de cidadania, ou estariam fora dela. São várias as questões de natureza econômica, social e histórica implicadas, mas a idéia é construir um lugar que seja especial, humano por excelência, totalmente estranho à natureza e quase externo à realidade banal.

Hannah Arendt — pensadora que escreveu *A Condição Humana* — demonstra o conteúdo de utopia e ao mesmo tempo de humanidade que existe na idéia da cidadania. Arendt afirma que havia, na Grécia dos pensadores clássicos, o reino da casa e o reino da *polis* (cidade). No reino da casa, as pessoas cuidavam da própria sobrevivência, representando a casa o limite especificado para que o homem permanecesse vivo, se defendesse de ameaças externas e criasse as condições materiais para exercitar sua liberdade na *polis*.

No espaço doméstico — região do *óikos*, da *oikonomia* (economia) — viviam os homens livres, certamente, e viviam também as mulheres, as crianças, os escravos e, podemos acrescentar, os loucos.

Arendt faz uma descrição muito poética de como essas pessoas habitavam permanentemente o território da sobrevivência, a casa. Mas os homens livres, todas as manhãs, atravessavam um 'muro invisível' rumo a esse espaço mais glorioso da cidade, onde exerciam a liberdade através da ação e da palavra. Na *polis* os cidadãos livres, que já tinham resolvido seu problema *oikonomico*, ou de sobrevivência, exerciam essencialmente as atividades políticas. Mais importante do que considerar se as mulheres, as crianças e os escravos são não-cidadãos seria, em primeiro lugar, tomar essa perspectiva como uma construção; e em segundo, constatar que se trata de uma construção artificial que precisa ser olímpicamente indiferente à guerra pela sobrevivência. Para Arendt esta é, talvez, a grande utopia humana: construir a idéia da *polis*, ou da cidadania.

A Grécia nos interessa mais como lugar histórico de onde germina o ideal da cidade, do que como sociedade real, escravista e desigual. Podemos imaginar que o reino da cidadania não seja um território a que as pessoas acedam pela simples condição de existirem e de viverem. Ao tomarmos o exemplo da utopia grega, podemos admitir que o reino da cidadania é também algo que se conquista, paulatinamente. É interessante a idéia do muro invisível que separa a penumbra doméstica da cidade luminosa porque, se ela existe como uma formulação utópica — e grega por excelência — podemos também pensá-la como uma metáfora da questão central da cidadania, que consiste em definir quem está dentro e quem está fora com relação a esta atribuição de ser agente da ação e da palavra, para discutir o bem comum da cidade. Este é o grande desafio (e enigma) da cidadania real.

Ao traçar uma trajetória pode-se dizer que, no momento seguinte, instala-se a idéia de que é preciso formular um contrato que permita aos homens estabelecer regras para não se destruírem, de modo que a luta pela sobrevivência não signifique um aniquilamento da espécie através da 'guerra de todos contra todos'. Esse contrato atribui uma outra forma à distinção entre o econômico e o político, entre a casa e a cidade, através da separação sociedade-Estado. Com a justificativa de preservar a sociedade o homem constitui, através do contrato, um Estado que mantém o monopólio da força e

das regras que serão instituídas para o funcionamento da sociedade. As guerras passam a ser não mais de todos contra todos, mas entre estados inimigos. Hobbes, grande entusiasta do Estado moderno, chegou a afirmar que as guerras eram úteis para consolidar os estados e que o poder do príncipe, símbolo e encarnação da nova instância, deveria mesmo ser absoluto para ser eficaz.

A Revolução Francesa aconteceu justamente em nome da derrubada deste pacto do Estado absolutista, para instaurar um novo contrato social que espelhasse com justiça e equidade a 'vontade geral'. Saltamos então para o interior das vicissitudes da democracia. Durante a Revolução Francesa, aparece um elemento que nos interessa para retomarmos o tema do louco. A fim de estabelecer a construção de um Estado que reflita o bem comum da sociedade, através de um grande contrato, o homem se vale da razão. Sendo um ser racional, o homem está credenciado para formular e celebrar este contrato, construindo as condições para viver em liberdade mas, ao mesmo tempo, em igualdade e sob um certo registro moral e ético de fraternidade.

Hobbes freqüentemente cita os loucos como crianças e, portanto, como não-cidadãos. Em seu tempo já existia um regime especial de proteção para os loucos, assim como uma referência ao lugar do louco na cidade, o que, em si, não constituía um problema teórico nem tinha implicações práticas. É a partir do Iluminismo, da criação das cidades e a partir da Revolução Francesa que a loucura aparece como um problema prático, no sentido de sua cura. As leituras sobre a constituição do asilo (Foulcault e Castel) são absolutamente insuperáveis até o momento: a loucura, a exemplo de outros problemas como a vadiagem e a delinqüência, só se torna questão para a cidadania e para a medicina quando passa a ser um empecilho para a manutenção da disciplina urbana.

Uma vez delimitado que o uso da razão define a capacidade de celebração do contrato e, portanto, da cidadania, começa a aparecer um registro mais sistemático a respeito do que fazer com os loucos. Estabelece-se que os loucos terão uma proteção especial, por estarem fora da razão. Nasce com isto a medicina mental, ou seja, uma fala da razão sobre os fora da razão. E a idéia de que os loucos estão fora da razão não parte do senso comum, mas de uma formulação culta que não corresponde, entretanto, à clínica, no sentido de que não é propriamente a razão (o discernimento) o que parece estar mais



afetado na experiência da loucura. Muitas vezes o sofrimento psíquico decorre de uma insuportável hiperlucidez, um excesso de razão. Porém, a idéia de estar fora da razão faz parte do discurso sobre a cidadania especial do louco, que encontrará, no registro da tutela, um mecanismo fundamental de proteção peculiar. Constitui-se, assim, o estatuto da cidadania tutelada, significando que essas pessoas, no espaço da *polis*, terão sua participação condicionada, gerenciada e substituída pelo Estado. Com a evolução da construção da idéia de tutela, chegamos a situações como a do Código Civil Brasileiro, que é similar ao de todos os países ocidentais quanto à capacidade civil dos loucos, quando afirma: “os loucos de todo gênero são absolutamente incapazes”.

A partir dessa perspectiva, ao lidar com a questão da cidadania do louco, os profissionais de saúde são levados a uma posição reformista, na medida em que a ética que preside suas ações não pode admitir que existam pessoas absolutamente incapazes. O fato de relativizar essa incapacidade propicia margens de autonomia progressiva, no limite do próprio tratamento de outras proteções sociais e jurídicas e do suporte social que os loucos possam merecer. Na medida em que a legislação explicita “absolutamente incapazes”, não lhes resta alternativa e, de acordo com o estatuto da tutela, tanto os menores de 16 anos, os surdos-mudos que não souberem se comunicar, as pessoas ausentes e os loucos de todo tipo, são considerados absolutamente incapazes.

O caso dos menores de 16 anos é particular, porque eles crescem e passam a ser relativamente incapazes até a maioridade quando completam 21 anos (ou 18 no caso da entrada em vigor da reforma do Código Civil ora em discussão). Os surdos-mudos também podem aprender a se comunicar e tornou-se mais raro um surdo-mudo ser considerado incapaz, sendo necessário, para isto, receber uma sentença de interdição. Sobraram, então, no território da incapacidade absoluta, loucos de todo tipo e pessoas ausentes, que compartilham uma situação especial diante da *polis* ou diante da cidadania. O conceito de ausente é ficcional, e foi criado para proteger os direitos de determinadas pessoas. Por exemplo, o deputado Ulysses Guimarães, que desapareceu recentemente em Parati, não pode ser declarado morto, cumprindo, assim, um certo interregno onde o Estado teve que exercer a função de protegê-lo e substituí-lo integralmente no que se denomina curadoria de ausentes. Um outro exemplo seria o de um tio, proprietário de bens de uma

família, que se ausenta para um país distante sem dar notícias. Neste caso, a família tem o direito de solicitar a nomeação de um curador que defenda os interesses do tio ausente. O Estado, instituição da própria sociedade, passa a representar integralmente aquela pessoa, que é substituída de modo completo por um sujeito fictício e estatal, o curador. Assim, o curador não é uma pessoa, mas o próprio Estado. Portanto há uma homologia entre os loucos e as pessoas ausentes, sendo uns tão cidadãos quanto os outros, pois o Estado os substitui integralmente. Os loucos, juridicamente, são como os ausentes.

Esse mecanismo traz conseqüências práticas. Várias pessoas que vivem, ou viveram, a interdição civil ou curatela, descrevem a falta de sentido e a angústia advindas dessa ausência de autonomia. O paradoxo da cidadania da ausência tem seu impacto peculiar sobre a Justiça e o Direito. No Brasil, vivemos um contexto de substituição dos asilos psiquiátricos, os quais representam o triunfo absoluto da tutela. Os asilos são instituições que se encarregam de oferecer proteção ao louco, e por tabela protegem também a sociedade, que passa a sentir-se a salvo dos perigosos desatinos que o louco potencialmente pode cometer, uma vez que não é detentor da razão. A incapacidade absoluta e a idéia de periculosidade certamente se complementam. O louco é considerado um cidadão que está fora da regra da *polis*, pois seus possíveis desatinos não são considerados crimes, uma vez que são praticados por sujeitos não responsáveis, portanto, fora do julgamento. Dizia o filósofo Louis Althusser (um louco infrator ilustre) que, ao ser considerado irresponsável, após causar a morte da própria esposa, havia sido condenado “à *pedra sepulcral do silêncio*” (op.cit. p.25). Ele não queria o tratamento obrigatório, a internação psiquiátrica por tempo indeterminado, ele queria... ser julgado!

O sistema de atendimento baseado na internação por tempo indeterminado é o triunfo da tutela, pois representa proteção total e quase uma substituição jurídica completa do sujeito pelo Estado que, através da medicina psiquiátrica, cuidará dele. A partir do momento em que se propõe a substituição desse modelo, torna-se necessário rever o estatuto da tutela. Não se trata de discutir apenas a questão da psiquiatria, das técnicas de atendimento ao paciente psicótico grave fora do registro da internação. É necessário supor que o paciente poderá sair do território da casa (uma vez que o manicômio é considerado uma casa estatal estabelecida da forma mais protegida possível), para ocupar o espaço luminoso e de liberdade da *polis*. Para isso, é preciso

que ele mude de estatuto e essa mudança não deve ser abrupta e descuidada, sob pena de que os pacientes fiquem ao desamparo.

Recentemente o Ministério da Saúde fez uma proposta de ajuda financeira de 200 dólares por mês, para os pacientes em alta do regime da longa internação. Esta ajuda se destinaria à organização da vida dessas pessoas fora da proteção absoluta do asilo. A *Carta de Direitos dos Pacientes*, aprovada pela ONU, recomenda a escolha de um representante pessoal, da confiança e aceito pelo paciente, pela sociedade e pelos médicos. Não se trata de um curador, porque isto implicaria em prévia sentença de interdição onde o paciente é integralmente substituído como sujeito jurídico. Este representante pessoal é uma espécie de advogado leigo e voluntário, que gerencia os recursos recebidos do Estado.

O programa do Ministério da Saúde representa custo adicional zero, pois metade dos recursos antes alocados para o pagamento às clínicas psiquiátricas de longa internação seriam destinados ao município de moradia do paciente, para financiar serviços não-asilares, e a outra metade para o pagamento de sua pensão. Esta proposta governamental, que é puramente administrativa e portanto não necessita passar por nenhuma instância parlamentar ou legislativa, foi considerada inconstitucional pelo Procurador de Justiça do Ministério da Saúde, sob o argumento de que os loucos não podem receber diretamente recursos financeiros do Estado, mesmo através de um representante pessoal, pelo fato de serem incapazes. Existe aí uma peculiaridade brasileira: este tipo de advogado, com esta visão sobre a incapacidade do louco, só existe no Brasil. Fora de nosso país os programas de seguridade social garantem aporte financeiro para as famílias e para as pessoas desabilitadas de forma geral. Entretanto, a experiência mostra o efeito nefasto produzido pela noção de que essas pessoas são de fato incapazes e necessitam ser integralmente substituídas por uma figura jurídica postiça.

Em termos gerais, a instância legislativa é a menos importante para produzir alterações nesta situação. O que temos observado, nos últimos cinco anos, é uma tendência à atenuação da tutela. A questão da cidadania, no caso dessas pessoas, tem assumido a forma de conquistas parciais que se dão a cada dia. Aparentemente, o pólo da tutela aponta para um lado e o pólo da autonomia para outro, travando-se uma negociação permanente entre tutela e autonomia no processo de melhora dessas pessoas. E referimo-nos à me-

lhora do ponto de vista clínico, da sociabilidade, das relações pessoais, como também em termos da possibilidade de exercitar direitos.

Tenho a impressão de que, usado no singular, o termo 'direito' traz impasses. Por exemplo, o citado Procurador de Justiça do Ministério da Saúde, argumentou em termos do grande Direito abstrato, no que errou grosseiramente, pois essas pessoas não são obrigatoriamente incapazes do ponto de vista jurídico-formal pelo fato de serem loucas. Para serem consideradas incapazes do ponto de vista jurídico-formal elas teriam que atravessar um processo jurídico. A interdição automática vem de uma legislação muito autoritária sobre os loucos no Brasil, que data de 1934. Esta legislação diz que, depois de 90 dias de internada, a pessoa é considerada interdita. Mas a interpretação de que a legislação está em vigor é um erro. Trata-se de um decreto que não tem alcance acima da Constituição cidadã do Dr. Ulysses, que data de 1988 e fala dos direitos fundamentais. O referido jurista considerou que, pelo argumento da incapacidade civil, não estaria correto, do ponto de vista formal, esses pacientes receberem o benefício do Estado. Existe aí um pensamento autoritário, que chancela todas as iniciativas com relação à tutela. Embora a tutela tenha surgido com o propósito generoso de proteger, ela anda na contramão da autonomia e, portanto, na contramão da participação dessas pessoas como sujeitos sociais e políticos plenos. A tendência que se observa, portanto, é de adotar uma negociação permanente entre as forças da autonomia e da tutela, no sentido de tomar da tutela apenas aquilo que significa de fato proteção.

Isto faz lembrar o episódio da garota de 12 anos, vítima de abuso sexual por parte de um pessoa mais velha, com quem afirmou-se que "teve um caso". O Supremo Tribunal Federal considerou que a criança era responsável e capaz o suficiente para decidir sobre sua vida sexual, uma vez que era "experiente". É verdade que interessa à sociedade que haja tutela sobre a criança, ao passo que a chamada direita penal considera correto baixar o limite da responsabilidade criminal, pois acredita que, se as pessoas estão começando a cometer crimes mais cedo, é preciso baixar o limite de proteção de forma a "responder à realidade". Há uma certa hipocrisia no discurso da justiça, quando esta se prende ao 'princípio', mas volta sempre à 'realidade' quando isto convém.

Tomando a questão do louco apenas como um pretexto, o que pode fazer avançar o debate a respeito dos direitos e da cidadania não são grandes

mudanças conceituais ou legislativas, mas sim os casos particulares, onde se faz um esforço de normatização, buscando promover uma certa equidade, promover justiça em função de diferenças que funcionam como desvantagens para determinadas pessoas. A equidade é, com certeza, uma utopia. Se subscrevemos essa utopia, a grande questão que se coloca é como discutir o primado da equidade e da justiça, diante das exigências práticas e banais do convívio humano na *polis*. Quando Bobbio menciona 'direitos' no plural, está falando de algo que muito nos interessa no campo da reforma psiquiátrica. Dispomos de trabalhos produzidos pelos próprios usuários de serviços psiquiátricos, que se organizam no Brasil e fora do Brasil, definindo suas demandas em termos de direitos. Tanto quanto nós, eles não sabem definir a questão da interdição. Não chegam a declarar que não querem em hipótese alguma ser interditados, porque hoje, quando estão saindo dos manicômios, já conhecem a situação anterior em que a interdição era dada pela própria situação asilar. Já sabem que o estatuto da tutela representa, em muitos casos, uma proteção a que se pode recorrer, na medida em que ela tem um certo alcance operacional para protegê-los. Mas reconhecem também que se trata de um instrumento que representa uma faca de dois gumes, pois rebaixa o poder de barganha da pessoa, do ponto de vista da ação política e dos atos da vida civil.

Os deficientes físicos, alguns grupos de pacientes como os renais crônicos, os portadores do vírus HIV, os deficientes sensoriais, estão alcançando avanços que não entram em conflito com o direito dos outros, mas que significam um compartilhar solidário de certas normas consensuais. Assim, torna-se obrigatório que as empresas admitam uma quota — variável de país para país — de pessoas com determinados graus de deficiência, para um certo número de funcionários. Quando portadores de deficiência conquistam a instalação de rampas em uma estação de metrô, penso que a humanidade avança muito mais do que o simples benefício conseguido, uma vez que admitiu uma necessidade baseada no espírito de solidariedade. É necessário tomar o germe da idéia de *polis* para fazê-la proliferar numa conjuntura de absoluta desigualdade que tende a se acentuar cada vez mais.

Os pacientes psiquiátricos têm conseguido se reunir em associações, formulando propostas que poderiam funcionar como cartas de direitos. São documentos ainda tímidos em termos de reivindicações mas, fora do Brasil,

já começam a ser produzidos materiais mais elaborados. Associações de usuários, no Estados Unidos, chegam a ter sob contrato um *legal rights officer*, uma espécie de advogado que defende seus direitos especiais. Com certeza haverá um momento em que aquilo que se denomina 'bem comum' irá aparecer como conflito. Hoje isso ainda não acontece, porque estamos vivendo uma situação um tanto hobbesiana, de guerra de todos contra todos. Por exemplo, os loucos não têm poder de barganha, e só o terão se os considerarmos sem o olhar econômico, sem a "*camisa de força do mercado*" (Forrester, op.cit. p.103). Levando-se em conta o fator econômico, tais pessoas não são importantes para a produção nem para o programa de seguridade social.

Para os países do *welfare state* não há problema em conceder os benefícios da previdência para os loucos. O problema da reforma psiquiátrica na Europa não é predominantemente econômico, embora a Europa viva uma retração do *welfare state*. Retirar dos loucos o estatuto de tutela absoluta, para atribuir-lhes uma autonomia relativa, sempre traz implicações econômicas, mas a proposta só se realiza quando é colocada como questão política fundamental, que se traduz em uma questão não-econômica. Na Inglaterra, trinta mil cidadãos saíram dos asilos psiquiátricos e hoje usufruem de serviços residenciais, vivendo com grande autonomia.

Na discussão sobre cidadania e saúde, a questão do louco é relevante por sua radicalidade. Ela detona a idéia do convívio em sociedade, embora os loucos, com certeza, tenham construído suas alternativas de sociabilidade de forma profundamente cooptada e restringida pelo modelo asilar da psiquiatria convencional. A loucura propõe para a sociedade, de forma bastante aguda, um questionamento sobre a possibilidade de compartilhar o bem comum da *polis* e da liberdade, reunindo pessoas tão radicalmente diferentes, e sendo os loucos pessoas com valores diferenciados, que 'não trabalham e não pagam para merecer a vida', na concepção calvinista dominante.

No momento em que os usuários de serviços psiquiátricos começam a receber alguns benefícios, a moral do trabalho começa a ressurgir em afirmações do tipo: "*essas pessoas não fazem nada...*", sugerindo que elas não contribuem para a riqueza comum. Surge então a idéia da política de quotas de trabalho protegido, nos termos de direitos especiais. Trago esta argumentação para mostrar o caminho dos direitos especiais, e não o do grande Direito geral, atributo de uma abstração, que é o cidadão universal. Com certeza o

direito ao trabalho deve ser absolutamente revisto, para se contrapor, por exemplo, ao *"direito à preguiça"*, título de um livro famoso de crítica à exploração do trabalho. O direito ao trabalho seria o direito de trabalhar com um certo regime disciplinar diferenciado. Como a fábrica vai funcionar com pessoas trabalhando neste regime? O capataz chegaria ao ponto de dizer: *"não posso continuar, porque essas pessoas da seção tal estão arruinando com a disciplina da fábrica"*; e assim para a sociedade como um todo. Penso existir aqui um desafio, representado por esta peculiaridade, ao mesmo tempo desgraça e ventura da situação do louco, esta condição meio impossível, meio absurda e radical que é a sociabilidade dos chamados psicóticos.

Partindo do pressuposto de que a cidadania do louco é uma questão relevante observei, pelo período de um ano, no município do Rio de Janeiro, como se dão os processos de interdição formal. Constatei que existe uma interdição branca. Qualquer pessoa supõe que alguém, sendo louco, torna-se automaticamente incapaz para o voto, para o casamento, para testemunhar, para ter conta em banco, enfim, não é um cidadão comum. Existe a interdição de fato, não só para essas pessoas como para outras minorias. A interdição é formalizada, através de sentença judicial que afirma: *"tal cidadão é absolutamente incapaz, não pode votar e deve permanecer sob o registro especial da tutela"*. Em setecentos casos, apenas dezoito tiveram a suspensão da interdição. Na Justiça é freqüente o argumento de que a interdição é provisória. Entretanto nossas entrevistas com funcionários da justiça mostraram que, em geral, eles pensam que *"o louco é sempre louco"* e que a interdição deve ser definitiva. Os casos de suspensão da interdição são sempre explicados com o argumento de que a interdição provavelmente estava equivocada e aquela pessoa não era realmente louca. Se estendermos tais dados para um período de 10 anos, por exemplo, haveria 7.000 pessoas interdidas no município do Rio de Janeiro, configurando-se uma verdadeira máquina de produzir tutelados, ou não-cidadãos.

Há uma certa tecnologia de produção de tutelados que parece ser muito eficaz. Isto tem importância pois retira os sujeitos para o território de uma certa *oikos* protegida pelo Estado, em que as pessoas não têm rosto civil. Porém, é muito curioso como a justiça funciona mal também nos seus aspectos repressivos. Conheci vários pacientes que eram interdidos, entretanto votavam ilegalmente porque a Justiça não cumpria seu papel de enviar a

referida sentença para o juiz eleitoral, ou o juiz eleitoral não dirigia à seção a ordem para retirar da folha de eleitores o nome do referido cidadão. Houve situações de pessoas que chegaram a solicitar ao juiz o direito de votar, ocasião em que o juiz percebia a falha e dava uma resposta negativa, alegando a não existência de interdição parcial (i.é, poder exercer alguns direitos e outros não). Mas só neste momento a interdição passava a valer para efeito eleitoral.

Considerando a situação do louco que não detém razão, poderíamos indagar: que razão seria esta? A razão cartesiana? Se o desafio a ser enfrentado fosse este, com certeza o louco teria o direito de votar. Pela experiência das associações de usuários que conheço, é curioso notar que, na medida em que os loucos se organizam, passam a se interessar não pela política em si, porque esta é muito entediante, mas pela idéia do voto enquanto rito de iniciação. A política mesquinha e mercantil não é compreensível nem atraente aos olhos dos psicóticos, mas eles com certeza se interessam pelo rito. E querem votar.

Para realizar a interdição a Justiça se vale do diagnóstico médico como dado técnico absoluto, dotado de uma precisão que os diagnósticos nunca tiveram, pelo menos na nossa especialidade. Possíveis avanços poderiam acontecer no sentido de desconstruir a idéia de diagnóstico, pensando sempre em uma relativização. Mas resta ainda uma questão ética de fundo. A interdição possibilita o acesso à proteção da tutela, mas traz também outras conseqüências para a pessoa interdita. Será mesmo necessário cumprir este ritual para que a pessoa possa merecer tal proteção? O que temos observado nos últimos cinco anos, principalmente nas pequenas cidades, é que os próprios psiquiatras encarregados de tratar de determinada pessoa, são também responsáveis pela formulação do parecer a respeito da interdição desta pessoa. Em geral, para não assumir pessoalmente a responsabilidade da interdição, esses profissionais restringem-se a formular o laudo técnico, deixando a decisão final para o juiz. Não é comum que o psiquiatra procure o juiz, em audiência, para discutir sobre o caso. Este é um expediente absolutamente extraordinário. Reuni uma pequena coleção de processos recentes, em que a sentença é extremamente complexa, terminando o juiz quase por determinar as condições e limites da interdição. Usualmente essas sentenças se resumem simplesmente à definição pela interdição e nomeação do curador, que em geral é mulher, numa medida de três para um.



É a mulher que rege a *oikos* e o paciente sai do registro do político e passa para o registro do doméstico, onde a mulher reina: a mãe ou, principalmente, a esposa. Há uma mudança recente com relação às sentenças, que passam a relativizar a situação de interdição, especificando, por exemplo, que a pessoa poderá continuar freqüentando determinado clube, ou que poderá utilizar bebida alcoólica dentro de limites combinados com o médico, ou poderá receber a parte da pensão a que tem direito e que deverá ser paga à pessoa tal no dia tal de cada mês, etc. A idéia é que a interdição possa, de fato, proteger. Se o juiz decide correr o risco de assumir essas decisões, certamente isto se dá porque ocorre uma interlocução muito positiva entre família, médico, juiz etc, e o paciente sai beneficiado. Neste novo contexto, o jurídico (direitos e autonomia do paciente) passa a estar no interior da clínica, como tarefa clínica da nova psiquiatria.

Muitas vezes se chega ao ponto da interdição por exigência tola da burocracia previdenciária, uma vez que a interdição é requisito para se ter direito ao benefício. Outras vezes, porque existe de fato um conflito. É quando, por exemplo, o irmão não repassa a pensão para o paciente, alegando estar com isto protegendo-o da bebida. Em conseqüência, esse irmão sofre agressão por parte do doente e com isto estabelece-se o franco conflito. A interdição surge como amarra simbólica, uma camisa de força jurídica para controlar agressões e desatinos.

Situações interessantes de negociação começam a acontecer. Os psiquiatras e psicólogos dos serviços-de-atenção-diária — modalidade assistencial característica da nova psiquiatria pós-asilar — freqüentemente vão ao juiz, defensor público, ou promotor, negociar interdições. Ou então se dirigem à Justiça Penal, para acompanhar clientes que delinqüíram. Creio que esta prática é interessante, enquanto uma nova ética que se estabelece. Ela põe um fim ao prurido com relação a saber se tal ação faz ou não parte da atividade clínica. Reconhece-se que o paciente psicótico tem uma inserção tão diferenciada na cidade, que seu problema torna-se um problema da clínica da psicose, para a qual a cidadania do paciente não é uma questão adjetiva, mas o centro do debate teórico e técnico.

## Bibliografia

- ALTHUSSER, L. – *O futuro dura muito tempo*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.
- ARENDT, H. – *A Condição Humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.
- BOBBIO, N. – *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1992.
- CASTEL, R. – *A Ordem Psiquiátrica. A Idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- CASTORIADIS, C. – A polis grega e a criação da democracia, in *As encruzilhadas do labirinto II – os domínios do homem*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1987, pp. 268-314.
- DELGADO, P. G. – *As razões da tutela – psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1992.
- FOUCAULT, M. – *História da Loucura na Época Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1981.
- FORRESTER, V. – *O horror econômico*. São Paulo: UNESP, 1997.
- GIANNICHEDA, M. G. – Note sull'intervento della giustizia nella trasformazione del campo psichiatrico. In GALLIO, G., GIANNICHEDDA, M., LEONARDIS, O. & MAURI, D. *La libertà è terapeutica?* Milão: Feltrinelli Editore, 1983, p. 258.
- HOBBS, T. – *Do cidadão*. Tradução e notas de Renato Janine Ribeiro. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- . *O Leviatã*. Tradução J. P. Monteiro e Beatriz Nizza. São Paulo: Abril Cultural, 1974.
- RAMON, S. – *Mental health in Europe. Ends, beginnings and rediscoveries*. Londres: Macmillan & Mind, 1996.

## CIDADANIA, DIREITOS, LIBERDADE

Jacqueline Pitanguy

**E**m primeiro lugar quero dizer que estou muito feliz em estar aqui, com os estudantes de medicina, reforçando os laços entre uma organização não-governamental como a CEPIA e esta Universidade. Gostaria de iniciar nossa conversa sobre o tema da cidadania me remetendo a Hannah Arendt e, sobretudo, a alguns conceitos que ela desenvolve, a meu ver de forma magistral, no livro *Sobre a Revolução*. Neste trabalho, uma das preocupações centrais desta filósofa e cientista política que faleceu há não muito tempo e acompanhou os grandes acontecimentos de nosso século, é a de analisar os fundamentos do conceito de liberdade, que ela situa na esfera política e, mais especificamente, no plano da participação política. Ao colocar a liberdade na dinâmica da vida política, e portando como uma construção a partir de uma prática, ela rejeita a perspectiva determinista que situa a idéia da liberdade como um absoluto, como uma essência que teria existência própria, como as verdades absolutas da fé, da religião ou mesmo de certas teorias políticas que acreditam em um determinismo histórico. Em outras palavras, para Hannah, não haveria liberdade onde não se dão as condições para que os indivíduos participem da esfera política, enquanto cidadãos livres.

Neste sentido, a liberdade seria uma construção cotidiana. Sua referência original seria a da *polis* grega, espaço da participação cidadã na política. Na *polis*, onde os homens livres se reuniam para legislar e governar, es-

taria a origem dos conceitos ocidentais de liberdade e democracia. Entretanto, é importante resistir à tentativa de universalizar a idéia de liberdade. Em sociedades orientais como a China, para citar um exemplo, predominam outras experiências de construção do espaço político, fundamentadas em valores como respeito à autoridade e sentimento de responsabilidade coletiva.

Retomando os fundamentos ocidentais oriundos da Grécia antiga, vamos pensar no conceito de cidadania enquanto liberdade e participação, a partir da idéia de exclusão. Se a *polis* constitui o espaço cidadão por excelência, é também necessário identificar os excluídos. Assim como indagar sobre os critérios desta exclusão. Quem são os cidadãos, os membros da *polis*? Quem são os excluídos? Em função de que critérios se define a exclusão? As respostas a estas perguntas nos permitem desenhar um mapa da cidadania, conhecer melhor nossa história, nosso presente. Para ser cidadão, na Grécia Antiga, era necessário ser um homem livre. Escravos e mulheres estavam, portanto, excluídos deste espaço de liberdade e participação. Teoricamente o escravo podia tornar-se um homem livre, mas para as mulheres isto não era verdade. Uma mulher jamais poderia superar sua condição de sexo, tornando-se cidadã.

A partir da idéia de exclusão, podemos reconceitualizar a *polis* e o sentido que a liberdade tem em determinada sociedade e momento histórico. Chama atenção o fato de que, ao longo dos séculos, determinadas categorias sociais, definidas a partir do sexo, da raça e etnia, da religião, da renda, tenham sido total ou parcialmente excluídas da *polis*. Estes indivíduos são considerados como cidadãos de segunda categoria ou nem mesmo são considerados como cidadãos, ou indivíduos livres, no sentido atribuído por Hannah à liberdade.

Durante muitos séculos, considerou-se a exclusão de categorias como o escravo, a mulher, o negro, deste espaço de liberdade como natural e decorrente de verdades essenciais, imutáveis. Até a Idade Moderna, também a pobreza era considerada uma condição natural, e a exclusão dos pobres do espaço da cidadania, uma decorrência lógica desta naturalidade. A Revolução Francesa questiona esta idéia, denunciando a pobreza como uma decorrência histórica de relações sociais. Ideologias racistas, que naturalizavam a discriminação e a exclusão social de grupos étnicos e raciais em nome de uma inferioridade ou incapacidade decorrente de características 'naturais', legitimaram sistemas políticos e econômicos excludentes e discriminatórios que perduraram ao longo da história. O regime sul-africano baseado no *apartheid*,

em vigor até o início da década de 90, constitui o exemplo mais próximo de um Estado fundado sobre a discriminação racial.

Ao longo da história e através dos séculos, constatamos que o sexo tem sido um fator de discriminação e exclusão das mulheres, consideradas cidadãs de segunda categoria ou, simplesmente, não-cidadãs. Essa exclusão perdurou ao longo do tempo, e em todos os países — inclusive no Brasil até o ano de 1932 — nos quais era negado às mulheres o direito ao sufrágio, um exercício básico de cidadania. Fundamentada na naturalização da condição de sexo, atribuía-se à biologia e à anatomia da mulher, características que a desqualificavam para a participação na esfera pública. Ainda hoje, em alguns países regidos pelo fundamentalismo islâmico, existe uma total exclusão da mulher da esfera pública. Exemplo mais dramático é o do Afeganistão, onde as mulheres estão submetidas a um regime que lhes nega o direito à identidade social. Elas não participam da esfera política e tampouco podem trabalhar, estudar ou mesmo se locomover livremente nas vias públicas.

Nos anos 60, uma das contribuições fundamentais do feminismo para a transformação da condição da mulher nas sociedades ocidentais européias e norte-americanas, que se auto-proclamavam sociedades democráticas e fundadas em ideários igualitários, foi a de desvendar a situação de cidadãs de segunda categoria ainda atribuída às mulheres. Discriminações no mercado de trabalho, no acesso ao poder político, na legislação familiar e na sua autonomia com relação a sua vida sexual e reprodutiva, foram denunciadas, desvendando o caráter desigual e excludente destas sociedades. Este movimento teve grande impacto no Brasil, onde grupos de mulheres também denunciaram as hierarquias e discriminações das mulheres em diversas instâncias de sua vida pessoal e de sua participação no espaço público. O movimento de mulheres foi também propositivo, no sentido de buscar modificações em leis e práticas vigentes na nossa sociedade. Durante a ditadura, ao mesmo tempo em que se aliava às forças progressistas que denunciavam o Estado militar autoritário e a perda de liberdade de todos os cidadãos brasileiros, o feminismo levantava outras dimensões onde o poder e a violência, exercidos sobre a mulher, não eram percebidos como tal, nem eram incluídos nos ideários democráticos. Estou me referindo a dimensões tradicionalmente ocultas, como a violência doméstica, a sexualidade e reprodução, os estereótipos sexuais vigentes na educação.

Nos anos 80, período que coincide com a redemocratização de nossas instituições, enquanto presidente do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, tive a oportunidade de participar muito de perto do processo de elaboração da nova constituição do país, que marca a volta ao regime democrático. Este processo constituiu um marco no sentido de redimensionar o conceito de cidadania, estendendo a linguagem dos direitos e responsabilidades — com a qual se demarca o campo da cidadania — a esferas até então relegadas a um segundo plano. A mulher teve reconhecidos uma série de direitos, que efetivamente ampliaram sua cidadania.

Gostaria de ressaltar que a participação na esfera da liberdade, como coloca Hannah Arendt, implica na existência de certas condições que propiciam esta participação, e que estão inscritas nas leis, nos valores, nas práticas e costumes de cada sociedade. E que estas condições são, e têm sido conquistadas, defendidas e ampliadas, no próprio exercício da política, desenhando os contornos do que poderíamos chamar de mapa de cidadania. Neste sentido, considero importante lembrar Norberto Bobbio, autor com extensa contribuição ao pensamento político e de cuja obra gostaria de salientar *A Era dos Direitos*. Neste trabalho, ele situa o direito como uma construção histórica resultante dos embates da arena política, em contraposição à idéia de um direito apoiado em essências e naturezas atemporais. Analisando a linguagem atual dos direitos humanos, Bobbio enfatiza a passagem do conceito de homem abstrato, que em geral se confunde com a categoria social dominante como, por exemplo, o homem branco de classe alta nas sociedades ocidentais, que define as prioridades e estratégias em torno das quais se estrutura a ordem legal, para o que ele chama de homem concreto. Nesta passagem, ocorre a incorporação da diversidade enquanto definidora de direitos específicos, levando a um alargamento do conceito de direitos humanos.

Hoje, a idéia de humanidade já não se confunde com a figura abstrata da categoria dominante. Mulheres, grupos étnicos e outras categorias sociais cujas necessidades e demandas não eram sequer consideradas, recusam o desaparecimento a que estiveram sujeitos devido a este conceito abstrato de humanidade. Esses grupos vêm atuando em cenários nacionais e internacionais, nomeando sua diversidade (de raça, sexo, orientação sexual) enquanto um elemento definidor de direitos. O interessante é que, sobretudo nas últimas décadas deste século, tem havido, de forma concomitante à diferencia-

ção, um esforço de universalização dessa linguagem. É neste contexto, por exemplo, que se insere a luta das mulheres pelo reconhecimento de certos direitos específicos e, ao mesmo tempo, por sua universalização, resumida na frase *“os direitos das mulheres são direitos humanos”*.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, constitui o primeiro e mais relevante esforço internacional para enunciar uma linguagem universal de direitos, que estabelecesse um patamar mínimo de acordo entre países diversos em termos de sistema político, cultura e religião. Resultante de uma situação pós-guerra, esta Declaração reflete a ordem internacional deste período e também a ordem interna dos vários países que a subscreveram e onde a cidadania se confundia com a categoria dominante do homem abstrato. Pela primeira vez na história da humanidade tivemos um consenso entre os quarenta e oito países que compunham as Nações Unidas. Este consenso representa um grande avanço. Entretanto, uma série de situações que afetam mais particularmente as mulheres, como a violência doméstica e sexual, por exemplo, não são consideradas nesta Declaração.

Através do processo de diferenciação de categorias sociais e a conseqüente especificação de alguns direitos, que vem ocorrendo ao longo das últimas décadas de nosso século, está sendo redefinida a relação entre indivíduo, sociedade civil e Estado. À imagem do homem abstrato universal, sobrepõe-se a de indivíduos concretos, com direitos e demandas específicas em função do sexo, raça e etnia, idade etc. A ampliação da esfera de liberdade individual, pelo reconhecimento de novos direitos, requer, ao mesmo tempo, uma ampliação do papel do Estado, fundamental para que esses direitos possam ser exercidos. Gostaria de chamar atenção para a diferença entre o que se denomina direito negativo, relativo à esfera de proteção contra abusos, violências, usurpações etc, e o direito positivo, que é aquele que outorga. Esse processo de redefinição da linguagem no campo do direito requer um redimensionamento do papel do Estado nos dois sentidos, tanto para proteger o cidadão contra violações, quanto para possibilitar o exercício de novos direitos. Esta questão ganha importância se pensarmos que a ampliação da esfera de direitos se dá, justamente, no contexto de reforma do Estado, coerente com o avanço da ideologia neoliberal, preconizando a redução do papel do Estado na sociedade. Não apenas novas categorias sociais mas também outras dimensões da vida, além dos direitos civis

básicos, tradicionalmente reconhecidos como direitos humanos, vêm sendo incorporadas a esta esfera.

A saúde, por exemplo, vem percorrendo um caminho muito interessante, desligando-se do complexo médico-hospitalar e aproximando-se da esfera de direitos. A partir da definição da Organização Mundial de Saúde, este conceito se afasta do conceito de doença para inscrever-se no marco das relações sociais, incorporando dimensões como circunstâncias políticas, inserção social do indivíduo, conflitos pessoais e situação emocional, como componentes fundamentais deste conceito. Desse modo, não apenas o saneamento básico, as condições de moradia, de educação e de nutrição são determinantes da saúde. Também as relações de poder vigentes na sociedade, as exclusões e discriminações, afetam a saúde individual e coletiva. Saúde é também, e sobretudo, uma questão de cidadania.

Nossa Constituição define saúde como um direito de todos e um dever do Estado, o que nos remete para a questão da ampliação dos direitos individuais, neste caso pela incorporação do direito à saúde, em legislações nacionais e normas internacionais, e a conseqüente expansão do papel do Estado, de forma a que se dêem as condições para o efetivo exercício desse direito. Esta ampliação da esfera de direitos não se dá, necessariamente, de forma linear ou cumulativa. Entretanto, alguns autores a classificam como um avanço que está presente desde a primeira geração de direitos humanos comportando, basicamente, os chamados direitos civis tradicionais, até a segunda geração, correspondente aos direitos sociais que fornecem as condições necessárias para o exercício de qualquer direito, até os chamados direitos de terceira geração, como a saúde e a saúde reprodutiva e sexual. Temos ainda, diante de nós, outros grandes desafios, como aquele que é colocado pelas novas tecnologias reprodutivas, por exemplo.

Para o/a médico/a, acostumado a situar a saúde no marco dos processos 'naturais' que configurariam o binômio saúde-doença, é fundamental o debate sobre a percepção de saúde como um direito de cidadania, e sobre como variáveis de gênero, raça pobreza e poder, critérios de exclusão da cidadania plena, interferem no acesso à saúde e na própria percepção do/a profissional de medicina. Com frequência, este profissional não percebe os laços estruturais entre corpo e sociedade.

Um estudo sobre gênero e saúde mental realizado nos Estados Unidos,



indicou que homens e mulheres enlouquecem de forma diversa. Enquanto os primeiros desenvolvem psicopatologias mais ligadas à agressão, nas mulheres predominam os estados de depressão e melancolia, reproduzindo os comportamentos sociais atribuídos ao masculino e feminino. Neste sentido, saúde e doença não se constroem apenas nos manuais classificatórios da medicina, mas também no imaginário coletivo, no qual o próprio médico está inserido. Valores culturais e desigualdades sociais perpassam o saber e a prática médica, pois o discurso da ciência não pode ser dissociado da estrutura da sociedade onde esse discurso é construído.

Recorrendo à história do Brasil, história na qual se configura, de maneira marcante, o campo da medicina, observamos que nossa sociedade ainda está profundamente impregnada pela herança da escravidão e pela presença de agudas desigualdades sociais, raciais e de gênero. Ao mesmo tempo, o Brasil vem, sem dúvida, avançando na incorporação de direitos básicos de cidadania em sua linguagem legal. Neste sentido, os movimentos sociais enriqueceram o cenário político brasileiro, reconfigurando a *polis*, trazendo para o espaço político questões ligadas à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos, às discriminações de raça, gênero e orientação sexual. Tais movimentos alargaram a idéia de liberdade para além dos direitos civis básicos como o direito ao *habeas corpus*, à inviolabilidade da propriedade, ao voto, fundamentais mas não suficientes para definir a *polis*.

Creio que estamos vivendo um momento histórico muito rico, no sentido de que esses avanços também vêm ocorrendo no campo internacional. Na década de 90 foram realizadas várias conferências internacionais das Nações Unidas, para as quais movimentos sociais e ONGs de todo o mundo se articularam em torno de alguns pontos consensuais e plataformas comuns, logrando influir de forma marcante em seus resultados. Desde a Conferência Internacional sobre Meio-Ambiente, que teve lugar no Rio de Janeiro em 1992, até a Conferência sobre Direitos Humanos, ocorrida em Viena em 1993 e, sobretudo, nas Conferências sobre População e Desenvolvimento, no Cairo em 1994, e sobre Mulher e Desenvolvimento, Beijing/1995, vem-se avançando no sentido indicado por Bobbio, de especificação e universalização de direitos reconhecidos internacionalmente.

Esse alargamento da esfera de direitos tem se refletido diretamente no ensino médico. Na Escola de Saúde Pública de Harvard foi recentemente

instituído um centro de Saúde e Direitos Humanos, que vem organizando conferências e cursos em torno das grandes questões que se abrem para a prática e o conhecimento médico a partir desta conceituação de saúde como um direito. Creio que nosso curso também busca, de certo modo, responder a esse desafio de chamar atenção para as múltiplas mediações entre saber e prática, entre corpo e sociedade, e para a contribuição que as ciências sociais podem oferecer no sentido da compreensão sobre a forma como as relações sociais estão diretamente ligadas a recorrências e lacunas em diagnósticos e tratamentos.

### **Bibliografia**

ARENDT, H. – *Da Revolução*. São Paulo: Ática, 1988.

PATTERSON, O. – *Freedom in the Making of Western Culture*. USA: Basic Books, a division of Happers Collins Publishers, 1991.

# PERFIL E MERCADO DE TRABALHO DOS MÉDICOS NO BRASIL<sup>1</sup>

Sérgio Rego

Médico, pesquisador do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde da ENSP/Fiocruz, mestre em Saúde Coletiva pelo IMS da UERJ

## Introdução

É com imenso prazer que apresento, para alunos da Faculdade de Medicina da UFRJ, resultados de estudos sobre o exercício da medicina no Brasil, realizados pela equipe da qual participo no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Nerhus/ENSP/Fiocruz). Há mais de uma década temos estudado o mercado de trabalho em geral e de saúde em particular, e editado várias publicações a respeito. A partir do final da década de 80 dedicamo-nos às profissões de saúde, adotando uma abordagem sociológica. Há cerca de três anos o Conselho Federal de Medicina propôs que esta equipe coordenasse e realizasse um estudo diagnóstico da situação dos médicos no país, nascendo assim a pesquisa "*Perfil dos Médicos no Brasil*". Desde a fase de elaboração do projeto de pesquisa, contamos com a participação da Federação Nacional dos Médicos (que congrega todos os sindicatos médicos do Brasil), da Associação Médica Brasileira (que congrega sociedades especialistas) dos Conselhos Regionais de São Paulo e do Rio de Janeiro e do Ministério da Saúde. O que vou apresentar é uma análise

---

<sup>1</sup> Resumo editado de aula proferida na UFRJ em 1996. (N. do autor)

se preliminar, uma vez que os dados coletados foram apenas parcialmente consolidados e analisados<sup>2</sup>.

Para introduzir o tema, iniciaria com uma pergunta: — O que tem acontecido com a prática de consultório, que é modalidade mais tradicional e típica de atuação dos médicos de diversas especialidades? Hoje, praticamente já não ocorre o exercício liberal da profissão médica, com suas características típicas, a não ser residualmente. E este não é um fenômeno brasileiro apenas, mas mundial. Distanciamos-nos do modelo em que a pessoa enferma marca hora com um médico de confiança, o médico avalia o caso de acordo com seu julgamento, prescreve medicamentos, solicita exames, encaminha para um hospital em caso de necessidade e o cliente paga pela consulta, de acordo com o valor combinado. Antes de escolher um médico de sua confiança, o paciente precisa lembrar que possui um seguro saúde ou qualquer convênio do tipo, que opera com o sistema de pré-pagamento. Portanto, terá que verificar se o médico desejado está na relação dos credenciados de seu convênio. Em caso positivo, o valor da consulta não será estipulado pelo médico. Diversas entidades médicas têm tentado estabelecer patamares mínimos para o valor a ser pago pelas consultas e procedimentos — a AMB tem se destacado com a sua *Tabela de Procedimentos Médicos* — mas essa tabela nem sempre é respeitada, pela maioria dos convênios.

O mesmo acontece no momento de escolher um laboratório para realizar exames. O profissional médico terá que verificar se aquele laboratório de sua confiança possui convênio com o seguro saúde do cliente. Se em sua prática profissional, o médico credenciado começa a solicitar uma média alta de exames por paciente, recebe imediatamente uma carta dizendo que corre o risco de ser descredenciado, pois sua prática está onerando demasiadamente a empresa de saúde privada. O mesmo pode acontecer se as visitas de um mesmo cliente forem muito freqüentes ao longo de um pequeno

---

<sup>2</sup> Já foi publicada uma análise global dos dados da pesquisa em: MACHADO, Maria Helena (Coord.) *Médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. A grande maioria das questões apontadas, nesse resumo editado, como ainda carentes de uma análise ou de cruzamentos posteriores, já se encontram referidas na citada publicação. Foi também publicada uma coleção com diversas tabulações com dados da pesquisa em: MACHADO, Maria Helena et alii — *Médico em Números*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 24 volumes, 1997. (N. do autor)

período. Também as internações precisam obedecer a critérios definidos pelo convênio.

Essas mudanças nas condições de exercício da profissão e na prática de consultório se verificam no setor público e privado. Os médicos estão sujeitos a baixos salários e a condições de organização do trabalho sobre as quais têm poucas condições de interferir efetivamente. O salário inicial de um médico no Rio de Janeiro, segundo o Presidente do Sindicato dos Médicos, é de cento e sessenta reais. Como esperar que um médico, ou qualquer outro profissional qualificado, trabalhe decentemente com este salário? Para os profissionais, a única alternativa que se coloca é multiplicar este ganho estabelecendo diversos vínculos empregatícios. Os médicos com mais experiência clínica e condições de perceber maior renda através do trabalho em consultório, passam a dar preferência à prática privada, ou deixam de se vincular ao serviço público com assiduidade.

Deteriora-se a estrutura do sistema de saúde: os hospitais públicos sofrem com falta de recursos de toda ordem (humanos e materiais); e junto à rede privada que opera com base no sistema de pré-pagamento, nem sempre a situação é muito melhor. A lógica do lucro, aliada ao baixo controle exercido pelo Estado, pela corporação e pelos usuários (é difícil para a população fazer valer seus direitos de consumidores desses serviços) possibilita que diversos hospitais e clínicas funcionem em condições até inferiores às dos públicos.

Por outro lado, é inegável o grande desenvolvimento tecnológico ocorrido nas últimas décadas, especialmente no segmento de apoio ao diagnóstico. A população é exposta a esse desenvolvimento através da televisão, em programas como o *Fantástico* e seriados como o *Chicago Hope*, que geram uma saudável expectativa de que os serviços médicos no Brasil possam dispor de infra-estrutura e capacidade de resolução de problemas equivalente. Muitas vezes os próprios médicos têm dificuldade de reconhecer que se trata de ficção e chegam a acreditar que todos os hospitais nos Estados Unidos são como mostram os programas. Existem hospitais como aqueles, até mesmo no Brasil, mas são pouquíssimos.

Nossa pesquisa explora o universo dos médicos que trabalham no Brasil nesse contexto: quem são, onde se formaram, como se inserem no mercado, como vêm a ética em sua prática diária. Esperamos, com o resultado da pesquisa,

estar contribuindo para que tanto governos como a própria corporação possam refletir e formular propostas políticas que revertam esse quadro, contribuindo para a construção de um sistema de saúde mais justo e eficiente.

### **Sobre a metodologia**

Pela primeira vez um estudo com essa abrangência foi realizado no Brasil. A pesquisa, de âmbito nacional, contemplou todos os estados brasileiros, através da submissão de um questionário para ser respondido pelos médicos. Para a elaboração dos questionários, contou-se com a intensa participação de todas as entidades participantes da pesquisa, de forma a contemplar todas as expectativas em termos das informações a serem recolhidas.

Foi feita uma amostragem estatística representativa do todo e, para compor essa amostragem, foram tomados por base os arquivos do Conselho Federal de Medicina, que oferecem os dados cadastrais de todos os conselhos do Brasil. Foram eliminados da listagem os mortos e as pessoas que tinham inscrição em mais de um estado. A partir do ordenamento desta base de dados segundo o ano de formatura e considerando-se o local de residência dos médicos, foram realizados os cálculos para a seleção da amostra. Por razões relacionadas com custos, no caso de estados com mais de 70% dos médicos concentrados na capital, o interior foi desconsiderado. Isto aconteceu, por exemplo, no caso do Rio de Janeiro. E em estados como o Acre, onde o universo de médicos não ultrapassa duzentos, o questionário foi enviado para todos.

Identificados com código de barra para assegurar o sigilo, os questionários foram enviados pelo correio, com porte pago para devolução. Cada conselho regional indicou um coordenador regional da pesquisa, responsável pela busca ativa dos questionários não devolvidos. Os índices de devolução variaram por estado: no Distrito Federal chegou a 80%; em Sergipe, que teve o menor índice, atingiu apenas 31%; baixos índices foram também característicos da Paraíba e do Acre, sem entretanto prejudicar o resultado global do estudo.

## Algumas conclusões

A distribuição dos médicos no país, segundo o gênero, ainda revela o predomínio masculino, mas analisando a evolução das matrículas iniciais em todas as faculdades do país, verifica-se uma tendência de aumento expressivo do contingente feminino. No perfil, a proporção do masculino foi de 67%.

Dos 184 mil médicos do país, 108 mil estão concentrados na Região Sudeste, o que representa mais da metade. A maior concentração se encontra no Rio de Janeiro e São Paulo e a menor concentração foi observada na Região Norte, onde a densidade populacional também é menor.

Ao considerarmos a distribuição entre capitais e interiores verificamos que, na maioria dos estados, os médicos estão extraordinariamente concentrados nas capitais. As exceções são os estados do Sul e ainda São Paulo (que fica na Região Sudeste), talvez pelo fato dos interiores nestes lugares serem economicamente mais fortes. Na década de 70, Carlos Gentile de Melo já apontava que a distribuição dos médicos no interior acompanhava a distribuição das agências bancárias. Isso, entretanto, significa apenas que o recurso 'médico' não se distingue, neste aspecto, de qualquer outro recurso que acompanha o desenvolvimento econômico e social — e no caso de suas análises, o indicador utilizado foi agência bancária.

Sobre a origem dos médicos, foi feito um mapa que demonstra dados interessantes. Na Região Norte apenas 49% dos médicos são naturais da própria região, existindo fortes correntes migratórias nacionais com predominância de emigrados da Região Sudeste e ainda 2.6% de estrangeiros, estes com presença mais significativa no Acre, Amapá e Rondônia. A Região Nordeste, por outro lado, demonstra ser bastante fechada: 91% dos médicos que aí residem são naturais da própria região. As regiões Sudeste e Sul absorvem um pouco mais de profissionais de outras regiões. Já o Centro Oeste é o grande pólo de atração do Brasil, com poucos médicos naturais da própria região residindo lá e, proporcionalmente, uma forte participação de naturais de estados da Região Sudeste entre os médicos migrados para a região.

A distribuição dos médicos por faixa etária mostra também um dado bastante importante, que é a enorme proporção de médicos com menos de 45 anos. Ao considerarmos a evolução das vagas nas escolas médicas e a própria evolução do número de escolas, verificamos o grande incremento

que houve no final da década de 60 e durante as décadas de 70 e 80. Já em meados dos anos 80 a tendência é de queda. Isto porque, por determinação do governo, a maioria das escolas públicas diminuiu seu número de vagas anuais. Assim, o número de médicos formados a cada ano, que chegou a atingir quase os dez mil, estabilizou-se em torno de oito mil no final dos anos 80. Mas a tendência é aumentar novamente, já que emerge um grande movimento de criação de novas escolas.

Uma comprovação importante é o que se tem denominado 'linhagem médica', ou seja, o médico filho de médico, neto de médico e com outros parentes na família que também seguiram a mesma profissão.

De maneira geral, os médicos se formaram em faculdades públicas, principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, onde mais de 80% dos médicos que lá vivem vêm dessas escolas. Já nas regiões Sul e Sudeste esta proporção cai, mesmo porque nessas regiões está o maior número de escolas privadas.

No que se refere à pós-graduação, constatamos que grande proporção de profissionais médicos frequentaram algum tipo de estudo regular depois de formados. Dentre as modalidades mais frequentes está a residência médica. Mas não se trata necessariamente da residência médica credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica e reconhecida pelo Ministério da Educação. Nosso questionário não limitava o conceito, já que existem diversas 'residências' não reconhecidas e que funcionam normalmente. Basta olhar a proporção de médicos ditos 'com residência', que perfazem 71% dos médicos de todo o Brasil, para comprovar que não se trata sempre da oficial, até porque observa-se uma tendência de redução nas vagas de residências oficialmente reconhecidas. Entretanto, a tendência nos cursos de pós-graduação auto-referidos como "*em nível de residência*" é de crescimento das vagas. A menor proporção de médicos com residência médica e outros cursos *latu sensu* está nas regiões Norte e Nordeste que, não por acaso, são as que têm menor número de programas reconhecidos e de cursos de especialização. Verifica-se uma pequena proporção de médicos com pós-graduação *strictu sensu* (mestrado e doutorado). Isto porque não há uma tradição desses cursos na medicina. Os que existem são muito recentes, assim como é recente a valorização acadêmica dos diplomas que eles conferem.

A informação sobre títulos de especialização também foi mais ampla, na pesquisa, do que a oficialmente reconhecida pelo Conselho Federal de Medi-



cina. Para que o CFM conceda um registro de especialista, é necessário apresentar o certificado da residência médica oficialmente reconhecida e o próprio título de especialista, desde que emitido por sociedades de especialistas associadas à AMB, ou por colegiados específicos como o Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Nossa pesquisa não estabeleceu esse tipo de restrição para validar o título declarado. Percebe-se que a profissão médica carece de controle nesse âmbito. O curso de graduação, ao menos teoricamente, forma profissionais para exercerem qualquer campo da medicina. Após o curso os profissionais fazem, ou não, curso de especialização e colocam suas placas à porta dos consultórios, começando a atender. Um exemplo curioso que observamos foi o caso da medicina do trabalho. Boa parte dos títulos desses especialistas foram referidos como tendo sido conferidos pelo Ministério do Trabalho, isto porque o médico do trabalho tinha que registrar-se naquele ministério, para poder empregar-se em indústrias, por exemplo. Esse registro passou então a ser considerado como um reconhecimento de título de especialista válido, como na verdade acaba se tornando. O que podemos depreender dessas informações é que, efetivamente, a regulação das especialidades ainda deixa muito a desejar.

A pesquisa indica uma alta participação de médicos em congressos científicos, mas é necessário realizar novos cruzamentos para qualificar esta informação, identificando a faixa etária desses participantes de congressos, o tipo de participação, quais são os que se destacam nos congressos internacionais etc. Para avaliar a verdadeira erudição da classe médica brasileira é preciso, por exemplo, analisar as respostas às perguntas sobre acesso a revistas técnico-científicas. A pesquisa não estabeleceu uma conceituação de revista técnico-científica, o que provavelmente permitiu que o entrevistado incluisse neste rol as revistas divulgadas por laboratórios farmacêuticos. Apenas 8% responderam que não têm acesso, o que significa que cerca de 20 mil médicos não consideram que têm esse acesso. Entre os que responderam ter acesso às revistas, cerca de 55% dos médicos em todas as regiões possuem assinaturas (incluindo-se as publicadas pelos laboratórios).

A filiação à sociedade científica mostra que a grande identidade associativista do médico é com a sociedade especialista, com índices próximos a 98%. E falando em sociedade especialista, por incrível que possa parecer, antes dessa pesquisa não se detinha a informação, seja no nível ministerial, dos conselhos regionais ou da AMB, sobre qual era a especialidade mé-

dica mais freqüente no Brasil. A pesquisa pode obter este dado com uma pergunta sobre a especialidade principal do profissional médico. Até este momento do estudo, estamos analisando a resposta colocada em primeiro lugar (foram possíveis três inserções), o que permitiu verificar uma variação considerável entre as distintas regiões, com especialidades típicas de algumas regiões, como por exemplo sub-especialidades cirúrgicas na Região Sudeste; e medicina geral e comunitária com grande importância nas regiões Norte e Nordeste e um pouco no Rio Grande do Sul. Para o Brasil como um todo, as mais freqüentes foram pediatria, gineco-obstetrícia, medicina interna (clínica médica), cirurgia geral, anestesiologia, cardiologia, traumatologia e oftalmologia e medicina geral comunitária.

Os cruzamentos até aqui realizados permitem tirar também algumas conclusões quanto ao local de exercício da profissão: setor público, setor privado ou consultório particular. O setor público conta com cerca de 70% dos médicos do país com alguma atividade no setor. No setor privado a proporção é também bastante elevada, assim como no consultório, mas a soma não perfaz os 100%, pois os médicos atuam nos diversos setores simultaneamente e muitos possuem mais de um vínculo em cada um desses setores. Proporcionalmente devem ser poucos os que estão apenas nos consultórios ou em qualquer outro setor. Os dados apontam que a participação no setor público é menor nos estados da Região Sul. Cerca de 75% dos médicos no Brasil têm atividades em consultório. A maior concentração está na Região Sul, com 84%. E em torno de 25% dos médicos têm mais de quatro atividades diferentes e o mais comum é ter três vínculos. A inserção típica, entretanto, é um emprego público, um privado e a atuação no consultório. Temos ainda que verificar quem são esses 16% com um só vínculo mas podemos, desde já, levantar algumas hipóteses. É possível que neste grupo esteja muitos recém formados fazendo residência médica e aqueles que já estão aposentados na maioria de seus vínculos, mantendo apenas uma atividade residual (possivelmente o consultório).

Cerca de 81% dos médicos no Brasil (interior e capital) trabalham com convênio. Muito provavelmente, uma boa parcela desses médicos sem convênios está nos interiores menos desenvolvidos, uma vez que os convênios são típicos da urbanização e de uma certa evolução nas relações de compra e venda de serviços médicos.

Nada menos do que 50% dos médicos do país possuem pelo menos uma de suas atividades sob a forma de plantão. Isso provoca um grande desgaste no trabalho médico, segundo a opinião expressa pelos próprios profissionais entrevistados.

Um outro dado interessante é que algo em torno de 30% das médicas consideram que o fato de serem mulheres representa um obstáculo para seu exercício profissional. Embora ainda não tenhamos realizado qualquer cruzamento, é possível relacionar esse sentimento com o exercício da profissão em determinadas especialidades, o que não exclui outras relações de determinação e não exclui também a essência da questão, ou seja, as médicas se sentem discriminadas no exercício da profissão, por questões de gênero. As mulheres parecem seguir preferencialmente algumas especialidades, como a pediatria e a ginecologia. Nestas, elas parecem ser mais 'toleradas' do que em especialidades cirúrgicas, por exemplo.

Cerca de 50% dos médicos se consideram profissionais liberais, embora a concepção de profissional liberal seja muito ligada a sua autonomia técnica. São 67% os médicos que informaram serem associados à sociedade médica local, enquanto pouco menos de 50% ao sindicato médico. Esses dados podem estar um pouco distorcidos a maior, já que muitos sindicalizados na verdade podem se limitar a quitar sua contribuição obrigatória, sem realmente participar do sindicato. Mas podemos entender esses números como um reconhecimento da representação política e técnica. Entretanto, estes são dados a serem examinados com mais vagar.

Um dado preocupante para o futuro da profissão médica é o desconhecimento, revelado por cerca de 15 a 20% dos entrevistados, a respeito do código de ética da profissão. E este número pode ser maior, uma vez que existe a possibilidade de que alguns tenham omitido esse desconhecimento por saberem que a pesquisa estava sendo encaminhada pelo e para o Conselho Federal de Medicina.

Os dados da pesquisa desmentem o senso comum que hoje se tenta criar, de que a corporação médica resiste a abraçar movimentos grevistas ou é contrária a eles. A pesquisa mostra que 66% dos médicos desejam a manutenção das atividades de emergência nos períodos de greve, enquanto apenas 15% defendem a manutenção do atendimento normal (não greve). Os que defendem o não atendimento até nas emergências não passam de 4%. Cerca de

8% dos médicos fizeram outras opções, como não assinar atestados de óbito etc. A forte adesão à greve que se tem verificado entre os médicos, se deve especialmente às precárias condições de trabalho e aos baixos salários recebidos. Notem que um pouco mais de 60% dos médicos recebem menos de dois mil dólares por mês. A triste realidade é que os serviços públicos estão oferecendo salários indignos, que fizeram com que o valor modal de renda encontrado no Brasil tenha sido de 1.325 dólares. Notem que estamos falando de moda, ou seja, do valor mais freqüente e mais referido e não de média, que seguramente é mais alta.

Indagados sobre quanto gostariam de receber por mês com seu trabalho na medicina, o valor modal foi de 4.830 dólares. Já a moda encontrada para o piso salarial desejado é de 1.376 dólares. Notem que o piso proposto refere-se a quanto o entrevistado acha que um médico deveria ganhar por uma jornada de vinte horas semanais. Perversamente curioso é que a moda referente à renda mensal é extremamente semelhante à do piso salarial desejado. Associando este quadro de empobrecimento da categoria com os dados sobre múltiplas atividades, não surpreende que encontremos cerca de 80% dos médicos afirmando que sua atividade é desgastante. Ainda não foram suficientes as tabulações como para comentar sobre as causas desse desgaste, mas elas incluem os baixos salários, as más condições de trabalho, o excesso de plantões e o fato dos médicos serem profissionais que precisam estar em permanente disponibilidade.

### **Considerações finais**

A síntese oferecida pelo material empírico de nossa pesquisa até aqui analisado, permitiu visualizar um panorama da realidade dos médicos no Brasil bastante desgastante. Diversos empregos, em geral em hospitais, mas com uma prática de consultório forte; baixos salários; domínio do mercado de consultórios pelas empresas de medicina de grupo, seguros saúde e cooperativas; 50% trabalhando sob regime de plantão. Reconhecendo o caráter desgastante de sua situação profissional, os entrevistados referem também problemas de relacionamento com os colegas e com a própria clientela.

Antes de tratar desse tema, precisamos apresentar alguns conceitos. O

primeiro se refere a uma característica básica de profissões como a medicina, ou seja, profissões de consulta, que dependem do reconhecimento da autoridade técnica do profissional pela clientela. Para entender essa questão é preciso pensar em como era a prática médica há pelo menos dois séculos atrás. Ela pouco diferia, em termos de resultados, da prática dos curandeiros e rezadeiras, por exemplo. Suas possibilidades de curar eram muito limitadas, apesar de muitas vezes obterem êxitos assustadores. Foi por seus resultados que a medicina passou a diferenciar-se da prática de outros profissionais e passou a ser efetivamente respeitada como profissão. A sociedade passou a reconhecer, naquele profissional, a capacidade de resolver seus problemas de saúde, estabelecendo-se uma autoridade cultural. Foi um reconhecimento devido aos conhecimentos técnicos do profissional médico, diferenciando-o de seus concorrentes não médicos.

Para assegurar a confiança da clientela em seus serviços, os médicos adotaram o que os teóricos conceituam como 'ideal de serviço', que é um princípio que determina que tudo que o médico venha a fazer ou receitar para um paciente, seja em benefício deste. Nas origens dessa perspectiva está o *Juramento de Hipócrates*, e adotar este ideal foi estratégico para a conquista da referida confiança. Embora o 'ideal de serviço' esteja expresso no Código de Ética Médica, outros fatores interferem no processo de decisão médica: as empresas que operam no sistema de pré-pagamento, os serviços públicos e privados etc. Isto certamente contribui para a erosão dessa relação de confiança que precisa existir entre médicos e pacientes.

Mas a medicina não pode romper seu compromisso com o cliente. Não existe medicina sem cliente. E são os próprios conselhos de medicina que vêm observando um incremento nas denúncias de má prática profissional e de erro médico. Estudos realizados nos Estados Unidos, onde já existe uma espécie de indústria que sobrevive graças aos processos contra médicos e hospitais, mostram que a frequência desses processos está relacionada com a qualidade da relação médico-paciente estabelecida. O paciente exige respeito e exige ser tratado com dignidade e consideração. E este tem que ser o compromisso do médico. É preciso olhar essa realidade despido de todo espírito corporativo. O paciente não pode ser tratado como um adversário e temos, ao mesmo tempo, que reconhecer e combater o mau atendimento, as más condições de trabalho e os maus profissionais em todos os setores (público e

privado). Essa é uma tarefa de todos que defendem a profissão médica. A erosão na autonomia profissional e na adesão ao ideal de serviço, são alguns dos elementos que têm levado sociólogos, como Maria Helena Machado<sup>3</sup>, a falarem em um processo de 'desprofissionalização' médica.

Trago um exemplo, que aliás vem sendo combatido por alguns setores da corporação médica, mas que demonstra bem as contradições que a categoria tem revelado em seu comportamento diante de questões que potencialmente interferem na autonomia profissional. Refiro-me ao Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, que busca regulamentar alguns aspectos relacionados à internação psiquiátrica. Um de seus pontos mais polêmicos determina critérios para revisão de internações e proíbe internações compulsórias. Vários médicos, inclusive o próprio CREMERJ (Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro) posicionaram-se contrários a este projeto. Trata-se de uma resistência à idéia de que uma 'decisão médica' (ainda que não tenha sido por critérios médicos) seja potencialmente contestada. Evidentemente os interesses do mercado de internações em hospitais conveniados ao SUS (Sistema Único de Saúde) interfere nessa posição, contribuindo para o recrudescimento de um corporativismo insano. Em nome da defesa da autonomia médica, vai-se contra um projeto que defende o cliente. Será que os interesses dos médicos são diferentes dos interesses do cliente? Por mais que pensemos em responder que sim, ou que não necessariamente, é muito difícil sustentar acriticamente esta proposição, uma vez feita uma reflexão imparcial. Mas essa é uma discussão que deve ser aprofundada em outra ocasião e de forma específica.

---

<sup>3</sup> Ver MACHADO, Maria Helena, *Os Médicos e sua Prática Profissional: as metamorfoses de uma profissão*. Rio de Janeiro: Tese de doutorado, mimeo, IUPERJ. Essa tese estará sendo publicada brevemente pela Editora Fiocruz. (N. do autor)

**Quarto bloco**

**CORPO, SEXUALIDADE  
E SABER MÉDICO**





## A MEDICINA COMO PROJETO SOCIAL controle do corpo

Jurandir Freire Costa

Professor titular do  
Instituto de Medicina  
Social da UERJ

Gostaria de iniciar dizendo que sexo e sexualidade são fatos modernos e que, mesmo na história do Ocidente, nem sempre tivemos uma palavra que englobasse a multidão de significados, ou de referentes, que o termo sexualidade engloba. Na Grécia, por exemplo, não existia um domínio unificado daquilo que entendemos como a nossa sexualidade. Havia, de um lado, o 'reino dos prazeres' (denominado 'reino das afrodísias') e de outro, o 'reino dos eros', ou o 'reino dos amores'. Com os amores lidava-se de determinada maneira e com as afrodísias, de outra. Nas afrodísias os prazeres sensuais, ou físicos, encontravam-se na mesma chave do prazer de beber, comer, fazer ginástica etc. Já os eros eram múltiplos e com características distintas. Havia eros entre deuses e homens, entre deuses e deuses, entre homens e homens, entre homens e mulheres, entre animais e humanos, entre elementos naturais (chuva, vento, sol) e humanos etc. Todos eles existiam dentro do imaginário clássico antigo com força performativa, ou seja, com a força de fabricar sujeitos com crenças tão grandes quanto nossas próprias crenças, e eficazes na orientação das condutas.

Essa pluralidade, no Ocidente, sofreu um processo de drenagem para algo muito curioso, que é a idéia de que a) existe um sexo, ou uma sexualidade; b) essa sexualidade é bipolarmente e originariamente dividida fazendo com que, a partir dessa própria divisão, ela divida

todos os humanos nos gêneros homem e mulher. Essa idéia é tão naturalmente familiar a nossos ouvidos, que parece estranho pensar que, em determinada época, nem todos pensaram assim.

Até o século XVII a medicina científica, da qual somos herdeiros, acreditava que havia apenas um sexo, o do macho (e não pretendo denominá-lo masculino pois isto remeteria a gênero). Esse sexo era misturado, na sua definição, com elementos metafísicos. A idéia de que havia somente o sexo do macho justificava-se pelo fato do macho simbolizar a perfeição da espécie humana. Segundo a filosofia neoaristotélica, que comandava a prática médica, o máximo da perfeição humana é dado pelo homem, porque ele possui mais 'calor vital'. O calor vital, em seu pleno desenvolvimento, confere a 'forma' que hoje denominamos masculina. Este calor não se desenvolve da mesma forma na mulher que é, portanto, mais fria do que o homem. E essa diferença não seria casual, mas sim uma necessidade da natureza, em termos de possibilitar que o corpo da mulher abrigasse o embrião sem dissolvê-lo, ou cozinhá-lo. Portanto, não era considerado da natureza da mulher ter um calor vital maior, e caso isto acontecesse elas adoeciam, transformando-se em mulheres 'vaporosas'. Os 'ataques de vapores' eram extremamente comuns no século XVIII, principalmente entre mulheres aristocratas. Segundo as explicações da época, o aumento dos vapores fermentava os humores uterinos e, passando pelas fibras nervosas, chegava à cabeça. Estes ataques fizeram a fortuna de dezenas de protopsiquiatras (ainda não existiam psiquiatras). Ainda na metade do século XIX encontra-se, na literatura médica, a discussão sobre a existência ou não de mulheres vaporosas; ou sobre se as mulheres vaporosas eram, de fato, histéricas.

A idéia de vapor e de calor vital não está presente apenas na tradição cristã, mas também na tradição celta, e sua origem está na medicina grega, através de Galeno. A unissexualidade defendida pelos gregos, nunca impediu que os indivíduos fizessem a distinção entre homem e mulher, mesmo porque essa distinção não era feita pelo critério da sexualidade. Para Galeno, a mulher era uma especialização funcional da sexualidade do homem e não possuía um tipo próprio de sexualidade. Com as descobertas da genética, cada vez que se pensa sexualidade, pensa-se em sexualidade cromossômica, conseqüentemente responsável por uma fisiologia diferenciada. Nossos ancestrais conheciam essas diferenças, entretanto não as interpretavam como

duplicidade sexual. Os mesmos dados que hoje interpretamos como sendo de uma bi-polaridade originária, eram vistos como sub-especialização funcional de uma causalidade última: a perfeição da forma masculina. A referência desta visão era o arcabouço do neo-platonismo com a idéia de que, desde o início da criação, o mundo era povoado de protótipos (arquétipos); as formas estavam dadas e possuíam uma finalidade última. Esta visão era válida tanto na medicina como na paleontologia. Um paleontologista deste período seria capaz de olhar um peixe fossilizado e afirmar que aquilo era a forma do peixe cristalizada na rocha, assim como o peixe é a forma do peixe cristalizada no reino animal. Não existia a idéia de segmentação, portanto não se identificava aquilo como sendo a carcaça de um peixe.

O neo-platonismo, que dominou o pensamento ocidental até praticamente o século XVII, fazia ver a sexualidade — quando a palavra era pronunciada — como sendo única. A isto os estudiosos denominam *one sex model*. Esse modelo do sexo único prevaleceu até quase a metade do século XIX. A idéia de que havia uma só forma de corpo, a masculina, impedia a prática ou mesmo a teoria sobre dados anatômicos. Por exemplo, o primeiro esqueleto feminino só foi desenhado nos tratados de anatomia em 1793. Antes não se sentia a necessidade de fazê-lo, por não se acreditar haver algo próprio à mulher no esqueleto humano. As diferenças evidentes eram vistas como tecido adiposo adicional, o que eliminava a necessidade de descrever o esqueleto da mulher à parte. O interesse pela divisão dos gêneros, tendo como fundamento a divisão dos sexos, começa não por uma revolução científica, mas por uma revolução política, cultural e social. Esta revolução tem origem no pensamento de Jean-Jacques Rousseau, filósofo notável de quem somos filhos sentimentais, que propôs uma nova forma de organização da sociedade. Rousseau é um dos pais do Iluminismo e o primeiro escritor romântico do Ocidente. Ele construiu seu pensamento dialogando com autores como Locke, Hobbes e Maquiavel, quando buscaram as razões para que os seres humanos se unissem. Maquiavel apontou os interesses individuais e Hobbes apontou o medo de matar (*“o homem é o lobo do homem”*, afirmava Hobbes). Rousseau afirma que o medo, o interesse, a determinação transcendental, não eram fundamentais para que os homens permanecessem unidos. Seria necessário um cimento que primeiro juntasse duas pessoas, depois um grupo maior levando, por fim, à união desses grupos. Ou seja,

primeiro foi necessário que homem e mulher se juntassem, depois a família com a prole, depois o conjunto de famílias, que estabeleceu uma espécie de contrato social onde o consenso foi facilmente obtido, porque na base de tudo estava a sexualidade.

Na tradição ocidental, quatro pensadores tentaram mostrar que a sexualidade tem algo a ver com o modo de vida em geral, ou com a ordem social e política: Platão, evidentemente, uma vez que a sexualidade fazia parte de um dos itens da política grega; o grande Santo Agostinho, que determinou a maneira como hoje entendemos sexualidade; Rousseau e Freud, que não foi propriamente um pensador político, mas um pensador no campo das ciências humanas. Rousseau criou o mito de que, para que a sociedade pudesse se organizar, uma unidade mínima entre homem e mulher seria necessária, pois são estes os seres capazes de produzir a população, formando o contingente material dos países ou das nações. Historicamente este pensamento se produziu no momento em que o absolutismo estava decaindo, e Rousseau é um dos predecessores da revolução democrática burguesa, da Revolução Francesa. A unidade mínima, gerada por uma atração extremamente forte, seria em seguida domesticada no amor entre homem e mulher, entre pais e filhos, no amor das famílias que se assemelham, no amor à nação. Quando os revolucionários franceses proclamaram "*liberdade, igualdade e fraternidade*", evidentemente estavam se referindo à liberdade, igualdade e fraternidade não para todas as pessoas, mas para os homens bons. Mulheres, pobres, negros e mestiços, evidentemente, não estavam neste rol, o que gera uma contradição política enorme entre a teoria jus-naturalista e a prática. Segundo esta teoria, a igualdade está na natureza porque a razão conhece a natureza, em consequência todos os homens são iguais.

Como encontrar argumento para relativizar essa igualdade, que não fosse contraditório com a prática política ou com os ideais da revolução? O argumento da desigualdade deveria ser buscado na própria natureza. Três grandes desigualdades são justificadas pela natureza: a desigualdade entre homem e mulher, entre elite e povo e, finalmente, entre povos colonizadores e povos colonizados. Requisitando a ciência — em particular a medicina — será encontrado o aval para a prática moral. Entre as mulheres e homens, a desigualdade começa a ser buscada em áreas do conhecimento que até então escapavam à periferia. Por exemplo, não se pode imaginar o interesse que o

estudo da constituição óssea passou a despertar no século XIX. Isto porque, do ponto de vista da ossatura, a mulher é distinta do homem, tendo o crânio menor e a pélvis maior. Este fato levou a concluir que a mulher é menos inteligente e destinada à maternidade. Pelo fato de ter a cabeça menor, a mulher foi comparada às crianças e aos negros, que também tinham o crânio menor do que o do homem branco. Entre a elite e o povo, começou a haver um enorme interesse por disciplinas então consideradas científicas como a frenologia, a fisiognomonía, que evaporaram no tempo e só foram ressuscitadas por Hitler.

Da mesma maneira que se começou a distinguir homem e mulher, começou-se a normatizar outros aspectos da vida. Foi neste período que se criou o conceito de instinto sexual. Este é um conceito puramente metafísico, uma contrafação ou uma maneira ideológica de interpretar o evolucionismo de Darwin segundo o qual existe na natureza a variação cega e a seleção adaptativa. A partir de uma mudança interna que é casual, aleatória e imprevisível, o mutante se adapta ao ambiente, consegue transformá-lo e assim sobrevive. Essa mutação pode atingir todo o organismo ou acontecer em mosaico, por partes. A partir dessa idéia os ideólogos passaram a interpretar o instinto como sendo teológico e metafísico.

A idéia da variação de Darwin transformou-se em ideologia do progresso, segundo a qual *"o atual é o superior"* e não *"o acaso tornado necessidade"*. E este atual, cujas características físicas e morais serão normas para o resto, é o homem branco, burguês e metropolitano. Dizia-se nessa época que é da ordem do instinto sexual operar variações ósseas entre homem e mulher e que é da ordem do instinto sexual operar variações na ordem do prazer e das condutas. Ocorreu então uma absurda e nociva invenção da divisão dos sujeitos humanos por predicados sexuais ou por preferências sexuais. Até o século XIX não se tinha conhecimento de nenhuma cultura que tivesse operado essa divisão. Para um grego, um chinês, um maometano, um assírio, um núbio, para um cristão medieval, seria estapafúrdio dividir os homens e as mulheres em heterossexuais e homossexuais, assim como seria para nós absurdo afirmar que todos os homens do mundo dividem-se entre os que usam óculos e os que não usam óculos; os que são carecas e os que não são carecas. Esta não é uma divisão que esteja na natureza, mas sim no modo como se seleciona e se valoriza moralmente certas propriedades dos huma-

nos. Poderíamos dividir todos os humanos entre aqueles que preferem o sexo oral e os que preferem o coito genital; poderíamos também dividir os homens entre aqueles que se excitam mais pelo olfato e os que se excitam mais pela visão; quem sabe, com a ajuda da Internet, chegaríamos a operar divisões moralmente mais interessantes e mais importantes do que as que temos agora?

Todo vocabulário é mortal e o único critério de que se dispõe para manter um vocabulário vivo é se ele cumpre, ou não, a função ética que se acredita que ele deva cumprir. Para se ter uma idéia do que é a vulnerabilidade e a mortalidade de nossas crenças, trago um exemplo do campo das chamadas 'ciências historicamente vencidas', ao contrário de outras que permaneceram por circunstâncias históricas que não se referem, necessariamente, ao 'núcleo de racionalidade' que elas possuem. Em 1809, na Alemanha, o famoso embriologista Laurence Oppen fez descobertas fundamentais. No bojo de toda a discussão de sua época, ele inventou a seguinte classificação: as raças se dividem em olfativas, auditivas, gustativas, táteis e visuais. Oppen encontrou documentos e provas culturais de que determinada raça era mais visual, outra mais olfativa, ou mais tátil etc. A teoria de Laurence Oppen não venceu.

Normalmente, quando se conta a história de uma disciplina, conta-se a história das idéias vencedoras. Isso é verdade em política, em ciências sociais e nas chamadas ciências exatas. Se a teoria de Oppen tivesse vingado, quem de nós, hoje em dia, olharia para outra pessoa e diria: — Aquele é negro, o outro é branco, um terceiro é amarelo, o outro, vermelho? Mas essa teoria não interessou ao imperialismo francês, inglês, alemão, e nem mesmo ao imperialismo belga ou holandês, pois o mundo que estes colonizadores almejavam repartir era composto pela metrópole — basicamente branca — e pelo 'resto'. Neste 'resto' estavam incluídos os negros, os amarelos e os vermelhos. E os vermelhos quase não tiveram relevância na história (mesmo porque não existe ninguém vermelho). Hoje, com o desenvolvimento do Japão e da Coréia, os amarelos já estão sendo considerados 'um de nós'. Começamos a negociar a cor! Permaneceram os negros, raça que ainda se considera que existe 'na natureza'.

Um grego jamais reuniria todas as pessoas a partir da característica de ser negro porque, para ele, os critérios eram outros. O grego raciocinava em termos de unir um núbio — que era um escravo civilizado — com algum

habitante da África do Norte — que tinha a mesma cor de pele mas não era considerado bárbaro pois havia aceitado a *polis* grega. O que une esses dois seres? Certamente não são os traços físicos, os quais também afirmamos estarem na natureza. Na verdade, a natureza fala a língua que a ela atribuímos. Como diz René Lenoble: “*atrás de cada laboratório tem um oratório*”. Atrás de cada idéia de manipulação do real, de instrumentalização do mundo do outro, existe um compromisso moral assumido, implícita ou explicitamente. Tudo isto leva a crer que existem histórias das idéias científicas vencidas, que precisamos estudar.

Dentro da disciplina médica — que ainda é minha de certa maneira e que é da maioria de vocês — existe um compromisso com a saúde, com o bem estar, com a vitalidade, com a manutenção da vida e com a diminuição do sofrimento. Quem afirmou que este é o objetivo da natureza? O que existe na natureza são alterações permanentes de estado! Uma pessoa cancerosa morre, piora ou melhora. Ela tem câncer e este é um estado natural! Quem sabe se, aumentando a vitalidade, estaremos desequilibrando o organismo desta pessoa? A partir de determinada visão da natureza, ao prolongar a vitalidade desse bicho predatório e violento que somos os humanos, estaríamos desequilibrando alguma coisa. Porquê o fazemos? Porque partilhamos, há cerca de dois mil anos mais ou menos, a idéia de que a vida é um bem em si. Na tradição judaico-cristã e sobretudo com o cristianismo, desenvolveu-se a idéia de que a integridade física do outro tem que ser respeitada. Parte do nosso equipamento científico é posto a serviço dessa idéia. Sobre isto não devemos nos enganar. Queremos que o homem, através de sua vida física — hígida ou íntegra — saia do que os pensadores sempre denominaram “*o reino da necessidade*”, do que é pura reprodução e consumo, para o reino da liberdade, das escolhas, o reino onde se pode discernir, deliberar e agir, conforme o que se acredita ser bem e mal. Uma vez nesse reino da liberdade, qual é o outro grande pilar da nossa ética do qual não fugimos? É que existe a possibilidade de uma pessoa se auto-aperfeiçoar, se auto-realizar e este é um direito de cada pessoa: buscar a felicidade, desde que a liberdade e a vida dos outros não seja atingida. Qualquer pesquisa científica que se faça define seu comprometimento, ou não, com este paradigma.

Por exemplo, quando um pesquisador afirma que vai descobrir qual é o gene da depressão, ou descobrir o que faz o negro inferior, ou qual é o gene

do homossexual, o que está fazendo é, de início, criar categorias sociais. Assim como se criou a entidade do negro, do homossexual e do criminoso nato, estamos sendo contemporâneos da criação de uma nova entidade humana, a da terceira idade. O episódio da Clínica Santa Genoveva<sup>1</sup> mostrou como as pessoas idosas são consideradas 'trapo velho', escravos de uma sociedade de consumo e de uma família falida. De uma família que continuamos a cultivar e que, em absoluto, pode reproduzir o plano da família burguesa que o século XIX inventou. Cria-se então o 'gueto identitário'. Ou seja, de um lado está o núcleo produtivo e de outro vão se criando guetos dos condenados da Terra, dos exilados da cidade. São os guetos de *gays*, de negros, de lésbicas, de sadomasoquistas, de velhos. E outros que seremos capazes de inventar.

Para os médicos tudo isso é importante porque nossa palavra é autoritativa num contexto onde o mito da ciência é o mais potente, e não estou falando da prática científica. Cada vez que falamos em público, ou com o papai, com a mamãe, com o neném, com o filho, com um amigo, com um aluno, estamos envolvidos por uma aura mítica parecida com a do oráculo grego sacerdotal. Nossa enorme comunidade comanda ideologicamente, e creio que aí está nossa responsabilidade.

Quando alguém me diz: — Ah, mas está provado que homossexual tem um 'Y' a mais. Eu respondo: — E daí? É claro que tem sempre um gene que é responsável por uma característica da pessoa. É claro que tem um gene de Horowitz; um gene que faz com que Glen Gould execute Bach diferente de outros pianistas; um gene que faz com que Picasso seja genial. Se pesquisarmos vamos encontrar gene para explicar tudo e o problema está no interesse por esse aspecto. Por quê nunca fizemos, dentro da nossa psiquiatria, ou da psicanálise, uma imensa psicopatologia do ganancioso? Ou por quê não há ninguém interessado em pesquisar, por exemplo, o gene do corrupto e do não corrupto? Com certeza serão encontrados correlatos neurais, porque estes são estados totais de eventos orgânicos. Mas *Wall Street* não deseja assim, na medida em que ali estão pessoas profundamente gananciosas. No entanto, existem toneladas de livros para explicar a preferência sexual de cada um. Ora, preferências sexuais obedecem à lei do acaso, da necessidade.

---

<sup>1</sup> Clínica geriátrica particular, localizada no Rio de Janeiro, onde se evidenciaram práticas desumanas no trato com clientes. (N. da edição)



Gostaria de lançar uma questão. A minha concepção darwiniana dos organismos humanos não me leva a tomar a diferença entre natureza e cultura como importante. Acho que o progresso tecnológico é positivo e o controle técnico de fatos antes considerados naturais está em um campo de pesquisa que deve continuar. Penso que, muitas vezes, existe um discurso obscurantista em relação à tecnologia e não tenho dúvida com relação à necessidade da medicina carecer, para se realizar, da ajuda de tecnologia de ponta. Quanto mais de ponta mais resolutiva será, e isto é bom. O que não é bom, por exemplo, é a mentira que a propaganda faz a respeito. Temos que ter o cuidado com discursos obscurantistas como aqueles contra a tecnologia computacional ou qualquer outra. É preciso distinguir o momento em que se perde o compromisso com a ética para então dizer: — Não! Existe um tripé que genericamente descrevo assim: respeito à vida, à liberdade, direito de buscar a felicidade. Esse tripé tem que ser respeitado. As pesquisas genéticas — assim como as pesquisas sobre a sexualidade — podem vir a reforçar uma discriminação, tornando muitas pessoas infelizes, e eu diria que elas são inúteis. Mesmo que tecnicamente corretas, moralmente qualifico-as muito mal. Melhor seria se o cientista se dedicasse a ensinar às novas gerações que não existe importância moral em dividir as pessoas dessa forma. Melhor assim do que gastar toneladas de milhões de dólares procurando um gene que explique porque um homem gosta de homem e uma mulher gosta de mulher. Afinal, é possível ‘tratar’ alguma preferência? Se for assim terminaremos por dividir os seres humanos entre os que gostam de rã e os que gostam de Wagner! Aí é quando a tecnologia começa a girar no vazio, distanciando-se da ética.

Temos que considerar que homossexualidade não é opção. Não creio que a atração sexual, na escala das simples escolhas com base nas fantasias, seja algo voluntário. Podemos reprimir a homossexualidade, mas ela está lá. Sempre me polio para não usar o termo homossexual, pois acho que seria cair no jogo do adversário. Seria o mesmo que dizer: — Agora vamos fazer um estudo sobre os ‘paraíbas’ do meu prédio. Freud dizia que começamos a ceder pelas palavras e acabamos cedendo pelas coisas. Os ditos ‘homossexuais’ têm preferência sexual por homens. Muito bem, um deles me disse assim: — *“Jurandir, eu li um artigo teu, na imprensa. Desejo um psicanalista que, pelo amor de Deus, não queira falar comigo de sexo! Toda a minha vida, tive a impressão de que eu era sexo. Nasci, me criei, vivi, ouvindo: seja homossexual, não seja homossexual; seja gay,*

*não seja gay. Agora vou morrer de AIDS. Talvez me deixem em paz. Preciso me comunicar com alguém que me escute falar das coisas bonitas que eu vivi; das pessoas que amei; da música de que gostei; dos amigos que tive...”*

No final do século IV do ocidente latino, começou-se a desenhar o problema da morte. Este desenho considerou a morte enquanto horror, castigo da carne — pela desobediência — no corpo decaído. Mas nem sempre se pensou assim. A idéia de morte que hoje temos é herdeira desta do século IV. É uma idéia recorrente, quando se coloca o famoso problema da eternidade, da imortalidade. Na *polis* grega todos sabiam que iam desaparecer. Imortal era a cidade, e o jeito de permanecer no mundo era através da memória, com os grandes feitos. Os homens seriam imortais como Atenas, através das estátuas, dos desenhos nos túmulos, dos discursos proferidos. Com o cristianismo abandona-se a imortalidade da cidade para a se adotar a eternidade da vida de cada um. Mas nem isso é bastante para criar o pavor da morte que nos domina e faz com que muitas pessoas vivam tresloucadas com o delírio do sucesso, do poder, do dinheiro, do sexo numa sofreguidão cotidiana. Assisto de camarote às depressões de segunda-feira no consultório do psicanalista.

Entre os que debatem essa questão estão Santo Agostinho — que é o pai do nosso jeito de morrer e de gozar —, Juliano Decano, Jerônimo, Ambrósio, Tertuliano, todos padres. Neles, a idéia de morte como castigo vem de uma imagem prodigiosa, de que a morte é simplesmente a alma se despedindo do amado corpo. Se não fosse o castigo pela desobediência de Adão, essa unidade primeira, edênica, não precisaria ser desfeita nessa verdadeira tortura. Havia, entre a alma e o corpo, entre vontade e carne, a harmonia preestabelecida como sinal da queda. Na sua concepção de desejo “*a alma deseja o corpo, como a vontade queria ser carne*”. Foi a queda, a desobediência, que fendeu essa unidade, e o pior dos castigos é a eterna saudade de quem morreu. É a morte como tortura, sinal do pecado. O bispo ortodoxo Juliano Decano já dizia o contrário, que morte é um prêmio de Deus para uma existência de sofrimento. Foi por isso condenado a morrer na fogueira. Entretanto, durante um tempo, Santo Agostinho, com seu pessimismo e maniqueísmo, era o que estava na iminência de receber este castigo.

Na Grécia, a morte é o último instante da vida e não o oposto da vida. Para um grego, a morte é a condição da ética, pois só existe bem e mal quando existem testemunhas de bem e mal. Uma vida só pode ser boa no

momento em que termina, pois só assim pode-se dizer: — Ele foi bom. Até o último segundo uma pessoa pode desfazer tudo aquilo que fez, perder completamente a moderação, cair no excesso, perder a idéia de valores que antes tinha. Enquanto cidadão, conseqüentemente, para que se saiba o que é o bem, é preciso que haja a morte, que é vista como a premiação maior da boa vida.

Uma coisa é ser um menino alimentado em uma cultura que ensina a morte da maneira como o fizeram os adversários de Santo Agostinho! Ou que aprende a morte de acordo com a concepção budista! Outra coisa é ser educado numa cultura como a nossa, que vive prometendo às pessoas uma das piores coisas, que tira a religião das pessoas afirmando que a eternidade e a imortalidade não existem. Como diz Warhol, nessa sociedade o sucesso dura quinze minutos no máximo e eu recorreria às palavras de Chico Buarque para perguntar: “*O quê que a vida vai fazer de nós?*” Só há duas opções: acreditar em Deus — e há alguns que acreditam — ou ser solidário. Dividir as pessoas em velhas, cegas, mancas, que preferem sexo assim ou assado, apenas resulta que elas ficam cada vez mais solitárias.

Para as pessoas que são religiosas — e graças a Deus eu sou — a vida pode trazer uma série de sofrimentos, mas há sempre alegria, pois existe qualquer coisa que as articula no mundo. A maioria, que não é religiosa, só tem o próximo. Esse 'próximo' que demorou tanto a nascer na história, tendo surgido, um dia, no Ocidente — porque é datado o nascimento do próximo. Hoje querem desfazer essa rede de solidariedade das pessoas, que foram transformadas em 'consumidoras'. As pessoas ficam satisfeitas porque são muito respeitadas enquanto consumidoras. As pessoas querem fazer parte do mercado, para o qual é conveniente haver *gays*, porque assim existirão os templos *gay*, as revistas *gay*, saunas *gay*, teatros *gay*, cinemas *gay*, fotografias *gay*.

Não estou propriamente proferindo uma conferência de *scholar*, mas estou fazendo uma pregação. Esse assunto me preocupa humanamente. Acho que vivemos uma vida ruim. O nível de vida das pessoas é aumentado, para lançá-las no desperdício, na inquietação, na insatisfação e no isolamento  $\rho$  que é lastimável. As queixas são extremamente parecidas em Ribeirão Preto, Londres, Berlim ou Nova York. A uniformização do imaginário é de tal ordem que a única saída é a solidariedade, e esta só existe quando se reconhece o outro como um de nós. E quanto mais próxima a pessoa está dos outros, mais ela é capaz de obter algum tipo de gratificação.

Com a revolução burguesa tivemos três fenômenos: a industrialização, o capitalismo e a democracia. Em que parte do mundo existiu um relativo equilíbrio para sonhar um mundo melhor, quando a política ou o discurso moral sobre o mundo predominava? Foi este o sucesso na social-democracia européia. Depois da terrível experiência do nazismo, o renascimento da indústria e do capitalismo europeu vem atrelado à idéia de que não somos todos somente indivíduos, mas todos temos dignidade moral. Os líderes políticos da guerra saíram revalorizados da experiência de brutalidade, mas esse compromisso foi desaparecendo.

Quem, hoje em dia, fala de política como forma de imaginar um mundo melhor? Qual é a grande discussão do Brasil hoje em dia? — Economia. É como se uma técnica pudesse definir todos os aspectos da nossa vida e a ela tudo tivesse atrelado. A economia está bem, mas o povo vai mal. Dane-se o povo! Vocês acham que tecnocratas como Pedro Malan<sup>1</sup>, e outros — que são pessoas íntegras pessoalmente — têm a receita para este mundo melhor? Não estou negando suas competências, mas questionando a forma como nos envolvemos com determinado tipo de ideologia. Será que o mundo não enxerga que não é perguntando à ciência que se vai encontrar respostas morais para um mundo esfacelado? Não se trata de frear a técnica ou obscurantisticamente achar que a tecnologia não tem que progredir. O problema é reintroduzir na nossa vida algo que é fundamental. Até hoje o que caracterizou nossa civilização, da Grécia à revolução americana, da revolução democrática francesa à socialista, foi a supremacia do político, dos valores humanos, daquilo que é o bem comum e que diz respeito a todos, sobre aquilo que é técnico, privado, individualista. Para voltar ao tema da sexualidade, quando se vê pessoas fazendo de identidade sexual substituto de política, a mim isto horroriza. Quando surgimos, o nascimento do próximo foi para dizer: somos todos iguais, independente da cor, raça ou crença. E estamos deixando isso de lado.

A saída para este mundo vamos ter que criar. Nenhuma saída esteve sempre pronta. Elas só estão prontas quando são herdadas. Mas alguém as inventou. Acho que temos que redimensionar as relações humanas, cada um em sua área de competência. A minha é do privado, outros têm a faixa do público.

<sup>1</sup> Ministro da Fazenda do atual Governo brasileiro. (N. da Ed.)

## SEXO E SEXUALIDADES

Jacqueline Pitanguy

Mais do que fazer uma palestra, quero dialogar com vocês sobre o conceito de sexualidade e sobre esse tema tão complexo e cheio de desafios, uma vez que situado no terreno do ambíguo. Em primeiro lugar gostaria de dizer que a sexualidade não deve ser entendida como sinônimo de atividade sexual, mas como algo muito mais amplo que, de certo modo, fornece um marco para a compreensão da atividade sexual. Foucault, filósofo francês que se debruçou sobre essa questão, sintetiza a relação entre sexo e sexualidade em uma frase e de forma magistral, quando diz que devemos “colocar o sexo na dependência histórica da sexualidade”. A contribuição deste filósofo para as ciências sociais foi fundamental — especialmente nos anos 70 e início dos anos 80 — na medida em que ele propõe um novo olhar para compreendermos as relações sociais e as formas como estas se estruturam em uma determinada sociedade. Foucault se interessa pelo que denomina “microfísica do poder”, acentuando as idéias de circulação e movimento em suas análises sobre como o poder se instala e se reproduz, interpenetrando os corpos, os discursos, os saberes...

É interessante estabelecer um paralelismo entre o feminismo e o pensamento de Foucault, quando ele se interessa por certas esferas da experiência humana como o sexo, a loucura, o castigo, a prisão. Tal como Foucault, o feminismo (movimento que surge com muita força na

Europa e nos Estados Unidos no final dos anos 60 e início dos 70, época em que chega também ao Brasil) incorpora, em suas análises teóricas e em suas plataformas de ação, o estudo e a denúncia de outras formas de desigualdades e hierarquias, que não se circunscrevem àquelas tradicionalmente incorporadas nas análises mais tradicionais sobre poder, que sempre privilegiaram a dimensão econômica (relações de classe). Este movimento aponta para outras formas de hierarquias, exclusões e desigualdades, como aquelas resultantes das relações de gênero — a forma como as relações entre homens e mulheres se estruturam na sociedade — que atravessam as classes sociais e se atualizam nos vários campos da atividade humana: trabalho, educação, sexualidade etc.

Parece-me interessante lembrar um *slogan* do movimento feminista: *O sexo é político*. Esta frase foi utilizada simultaneamente, em vários países, apontando para a dimensão de poder presente na sexualidade e na relação entre homens e mulheres, em função da forma como a sociedade estrutura a identidade masculina e a identidade feminina, seja em termos simbólicos ou em termos dos papéis sociais. Sendo o poder produto da história, ele pode ser mudado. Portanto, o *slogan* trazido pelas feministas tem um conteúdo essencialmente transformador.

É sobretudo a partir de um movimento político que a sexualidade se constitui enquanto objeto de estudo no âmbito das ciências sociais, particularmente através dos núcleos de estudos da mulher e estudos de gênero. Com exceção da antropologia, que sempre se voltou para a sexualidade para compreender estruturas de parentesco e entender, por exemplo, a distribuição de poder em sociedades tribais, indígenas ou africanas, a sexualidade praticamente não era considerada como um tema relevante pela sociologia, ou pela ciência política.

No campo da medicina, diferentes disciplinas médicas como a ginecologia, a obstetrícia, a genética, a urologia, a psiquiatria, já se debruçavam sobre questões ligadas ao sexo e à reprodução. Faziam-no, entretanto, de forma atomizada, delineando campos específicos configurados a partir de noções de normal/patológico, saúde/doença que, ao normatizar e classificar deixavam escapar, de certa forma, o sentido mais complexo do próprio campo da sexualidade que se constitui simultaneamente, a nosso ver, na biologia e na cultura. Estas classificações binárias e normativas certamente tiveram, e ainda têm, grande influência na abordagem da sexualidade, particularmente no

que se refere ao homossexualismo que, até muito recentemente, ainda era classificado, nos manuais de psiquiatria, como enfermidade ou desvio.

Ao se impor um modelo classificatório sobre questões complexas como a sexualidade, saberes médicos e práticas terapêuticas serão orientadas nesta direção. Não posso deixar de chamar atenção, novamente, para o papel que movimentos sociais, especialmente nas últimas décadas, vêm desempenhando no sentido de propor novos paradigmas para a análise da sexualidade. Refiro-me, mais especificamente, aos movimentos homossexuais (*gays and lesbians*), que vêm propondo questões fundamentais no campo da sexualidade e da saúde sexual, sobretudo com relação às DST/AIDS.

Vamos pensar em sexualidade a partir desta perspectiva mais complexa que nos foi trazida pelos movimentos sociais. Vamos pensar em sexualidade como um conceito impregnado pela cultura, que expressa e traduz as relações sociais vigentes em uma sociedade, não só as relações de gênero, mas também as relações de classe e de raça. E reforçando o que, de certo modo, já foi dito em outras aulas deste curso, gostaria de trazer uma palavrinha sobre cultura e biologia. Refiro-me à questão do universal *versus* o particular, ou seja, a identificação daquilo que seria a essência e daquilo que seria construído socialmente. É difícil responder sobre essa questão sem cair, seja no biologismo que tudo explica — aqui, lá, agora e sempre — ou no total relativismo, em que perdemos até um sentido mais universal de humanidade, porque tudo é construído, datado, localizado. O que quero dizer é que a sexualidade, esta construção social e histórica que interpenetra diversas esferas da sociedade e interpenetra nossa experiência existencial, não se inscreve em uma página em branco. Ela se inscreve em corpos com pulsões, desejos, instintos. Mas estes mesmos corpos estabelecem relações sociais-sexuais e estão impregnados de cultura, o que explica porque, uma vez havendo o desejo, ele se expresse e se concretize de forma tão diversa em diferentes sociedades. Retornemos à relação entre movimentos sociais e sexualidade.

No Brasil, o feminismo se organiza como um movimento político a partir da segunda metade da década de setenta e cresce sobretudo a partir dos grupos de reflexão. Eu pertencia a um desses grupos, o Grupo CERES que, no final dos anos 70, decidiu realizar um estudo sobre a identidade sexual e social das mulheres brasileiras. Desenvolvemos um trabalho bastante pioneiro na época, ouvindo em profundidade, através de entrevistas, várias mulhe-

res de diferentes níveis educacionais, socioeconômicos e com idades variando de dez a oitenta e quatro anos. Pedimos que falassem sobre suas vidas, de forma estruturada a partir de alguns momentos fundamentais na constituição da identidade feminina, que denominamos “*ciclos de vida da mulher*”, compreendendo a menarca, o defloramento, a gravidez, o parto e/ou abortamento, a menopausa. Alguns destes ciclos comportam momentos de opção, como o defloramento e a gravidez; já outros são determinados pela biologia. Além disto, era grande a diversidade de experiências e faixas etárias entre as entrevistadas: algumas já haviam vivido todas essas etapas, outras não. Entretanto, para todas, esses momentos eram definitórios da identidade feminina, seja como referência simbólica, seja como experiência.

Os depoimentos foram analisados e a equipe de pesquisadoras estava consciente de que estava lidando com interpretações da realidade que continham, ao mesmo tempo, a marca do individual e a marca do contexto sociocultural dentro do qual o relato estava inserido, dando-lhe também um sentido coletivo. Quando uma de nossas entrevistadas narrava uma experiência pessoal, neste sentido única e intransferível, havia clareza de que ela estava interpretando a experiência a partir de valores e símbolos comuns incorporando, assim, características econômicas e crenças da sociedade onde vivia. As vozes emocionantes dessas mulheres produziram discursos riquíssimos, que foram publicados no livro *Espelho de Vênus*.

Gostaria de fazer, neste momento, um alcance sobre o que acabo de dizer, no sentido de chamar atenção para o fato de que não existe um olhar, ou um discurso neutro sobre a realidade. Estamos sempre recriando a realidade, incorporando símbolos, valores, crenças etc. E que tal processo está presente também em práticas profissionais como um diagnóstico médico, na medida em que ele traduz também relações de gênero, de classe, de raça. Voltaremos posteriormente a esta questão.

No *Espelho de Vênus*, que passo a citar, afirmamos que o conceito de sexualidade é um conceito complexo, pois se situa entre a natureza e a cultura. Ele é natureza no que se refere ao biológico, mas sendo o biológico traduzido e interpretado pela cultura, a sexualidade é uma construção social. Nesse sentido a sexualidade é uma representação, uma tradução de relações sociais. E como estas se dão dentro de um campo de poder, o conceito de sexualidade comporta ainda uma dimensão política, a relação de poder entre os



sexos. Consideramos ainda que o conceito de sexualidade deve ser tratado de forma abrangente e visto como um processo que inclui o fato biológico da diferença sexual anatômica, os aspectos fisiológicos do funcionamento do aparelho genital e reprodutivo, a posição psicológica que se traduz por manifestações do inconsciente e o desempenho de papéis sexuais socialmente definidos — todas essas dimensões atualizadas no discurso da cultura.

Apresento esta definição não por considerá-la exaustiva ou inquestionável, mas porque ela representa um esforço para acomodar as várias dimensões de um conceito que é tão amplo e, diria até, estruturante de nossa experiência humana. Na forma como estamos trabalhando com este conceito, não nos referimos apenas ao sexual no sentido do coito, da experiência corporal, mas também como tudo o que a sociedade sexualiza em termos de crenças, valores, papéis masculinos e femininos, símbolos, organização e distribuição do poder político e econômico, leis e normas, enfim, toda uma série de domínios de nossa experiência existencial.

Ter presente as múltiplas dimensões, a complexidade e a importância de conceitos como este é importante para a compreensão das expectativas sociais relativas aos papéis masculino e feminino no relacionamento sexual, e para a própria configuração dos conceitos de prazer e de saúde sexual e reprodutiva que, a princípio, achamos que resultam tão somente de processos naturais. É fundamental ter clareza com relação a esses aspectos e seus efeitos sobre nossa vida afetiva e sexual, assim como sobre as atitudes de profissionais da saúde, particularmente quando prestam serviços no campo da reprodução, das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs/HIV/AIDS), do planejamento familiar, da atenção a adolescentes.

Vamos tomar a menarca como exemplo do que foi dito sobre o papel da cultura nos ciclos de vida das mulheres. Sabemos que a primeira menstruação não se processa tão somente no corpo biológico da adolescente, mas também em seu papel social, nas relações de seu corpo com a sociedade. Essa primeira hemorragia que, ainda hoje, em muitas culturas africanas e indígenas, é cercada de rituais de passagem, marca, em todas as sociedades, um momento de trânsito, imbuído de significados e expectativas sociais. Os rituais variam mas, via de regra, marcam o momento em que a menina passa a ser mulher no sentido de sua capacidade reprodutiva. Em muitas sociedades ocidentais, entre as quais o Brasil, a menina-moça recebe, neste momento,

mensagens contraditórias. Elas devem ser desejadas sexualmente e, portanto, exercitar-se nas artes da sedução mas, ao mesmo tempo, devem ser recatadas, comedidas, de forma a que se valorizem aos olhos do homem. De fato, a idéia de objeto gasto, poluído e desvalorizado pelo uso excessivo, permeia estas mensagens. Com relação aos jovens e meninos, as mensagens vão em outra direção, no sentido da valorização do masculino em função de suas múltiplas experiências sexuais. Sem dúvida, tanto para homens quanto para mulheres, estes modelos impõem restrições, mas o importante a salientar é que as mudanças hormonais próprias a esta etapa, são traduzidas cultural e socialmente.

Ao longo da vida da mulher, a presença ou ausência do sangue menstrual tem significados culturais diversos e produz inclusive hierarquias, em função de sua valorização social. Na gravidez esta ausência se associa ao poder derivado da fecundidade; na menopausa, indica justamente o contrário. O que pretendo ressaltar é que nosso olhar, e o próprio olhar médico, estão imersos nesta dinâmica de valores, poderes e relações que constituem a sexualidade e que vão marcar, e têm marcado ao longo da história, a própria percepção, pela medicina, da fisiologia e anatomia de homens e mulheres.

Na medida em que, ao longo da história das sociedades ocidentais, o homem tem desempenhado o papel de protagonista principal, não é de estranhar que, dentro do modelo binário de classificação, freqüentemente a medicina tenha contraposto homem/mulher em termos de perfeição *versus* imperfeição. A hegemonia masculina frente ao poder e as conseqüentes hierarquias e desigualdades que permeiam as relações de gênero são, por assim dizer, reproduzidas no campo do conhecimento médico que, ao mesmo tempo, as legítima e perpetua. Assim, até o século XVIII, grande parte das descrições dos órgãos sexuais e reprodutivos da mulher estavam baseadas na presunção de que este era um corpo imperfeito, mais do que diferente ou complementar. A vagina já foi descrita como um pênis invertido, os ovários como sendo espécies de testículos, o útero como um escroto. Um corpo semelhante, mas inferior. Ambroise Parré, um eminente cientista e médico francês do século XVI, via no corpo feminino a prova de sua inferioridade. Para ele, o macho era engendrado antes da fêmea por uma semente quente e seca, mais eficaz que a semente fria e úmida que engendraria a fêmea. Ele também afirmava que, se os órgãos sexuais da mulher estão no interior de

seu corpo, isto se deveria à estupidez de sua natureza, que não teria sido capaz de expulsá-los, colocando-os no exterior como no caso do homem. No século XVI Laurent Joubert, decano da Faculdade de Medicina da Universidade de Montpellier, também acreditava na inferioridade do corpo da mulher em relação ao do homem, dizendo claramente que o macho era mais perfeito, comparando o corpo da fêmea a algo defeituoso.

Não apenas a idéia de imperfeição anátomo-fisiológica, mas também a de imperfeição espiritual parece acompanhar a figura da mulher, com conseqüências diretas sobre a percepção de sua sexualidade, freqüentemente associada à desordem, à impureza e ao perigo. Para Santo Agostinho, a alma se formava antes no homem e nele era mais perfeita do que na mulher, cuja malícia e falsidade é descrita com abundância de detalhes na Bíblia, especialmente no Eclesiastes.

Dentro dessa associação entre o feminino, a imperfeição e a impureza, que se processa com especial ênfase na questão da sexualidade, gostaria de tocar em um aspecto que a exemplifica em sua forma mais dramática. Refiro-me à chamada caça às bruxas que, ao longo de mais de três séculos (XIV, XV e XVI), levou a que milhares de mulheres, na Europa onde o fenômeno tem sua origem e maior intensidade, mas também em alguns países da América, fossem perseguidas, acusadas de serem bruxas e sacrificadas, como castigo, na fogueira.

Enquanto categoria feminina construída socialmente, a bruxa é uma figura muito poderosa e associada com as idéias de desordem e transgressão, tanto em termos sexuais quanto no sentido de provocar malefícios pessoais e sociais. Trata-se de um personagem fabricado, pois não constitui um dado de realidade a existência, no passado, de mulheres que voassem e copulassem com o demônio, ou que fossem capazes de afetar as colheitas, trazer pestes, prejudicar amores. Em se tratando de uma fabricação social, devemos indagar sobre os fundamentos sobre os quais esta 'fabricação' se apoiou. A que serviu? É importante ter presente que o fenômeno da caça às bruxas ocorre em uma Europa sacudida por profundas transformações, correspondentes ao desmantelamento do feudalismo; ao início da centralização do poder e da reintrodução do direito romano que vai, gradualmente, substituir os ritos e práticas da justiça medieval; à afirmação da Igreja Católica como instituição de unificação religiosa em um continente ainda impregnado

de crenças pagãs e seitas cristãs dissidentes onde a Inquisição vai cumprir papel fundamental.

Em momentos históricos de grande desconcerto, temor, perplexidade e mudanças, é comum o surgimento das chamadas categorias políticas de acusação, apresentadas como principais responsáveis por malefícios, desordens. Ao longo da história ocidental, por exemplo, o judeu tem sido visto como uma categoria política de acusação acionada em diferentes momentos, inclusive recentemente, durante a Segunda Guerra Mundial. Naqueles séculos, XIV, XV e XVI, o judeu também foi perseguido pela Inquisição, particularmente na Península Ibérica. A bruxa surge como uma poderosa categoria política de acusação, sobretudo nas regiões hoje correspondentes à França, Alemanha e Itália.

Este foi um fenômeno essencialmente feminino, havendo uma proporção muito menor de homens acusados de bruxaria. A pergunta "porque a bruxa?" poderia ser respondida se nos referirmos à forma como se construía, no imaginário social, a categoria mulher e a algumas questões ligadas à organização social e às relações de gênero daquela época. Ao contrário da visão muito difundida, de que na Idade Média havia total alijamento da mulher da vida pública, neste período, especialmente durante as Cruzadas, que levaram milhares de homens a se afastarem dos feudos para lutar contra os mouros, a mulher desempenhava um papel importante na família, gerindo esta unidade de produção, comercializando, participando em conselhos locais e mesmo nas corporações de ofício que reuniam artesãos e tinham considerável força política. Com o fim das Cruzadas, a reintrodução do Direito Romano baseado no *pater familiae*, a centralização do poder e a presença cada vez maior da Igreja Católica, organizada em torno do poder masculino, a mulher se vê circunscrita e afastada dessas esferas de decisão.

Este período também corresponde à afirmação da medicina enquanto instituição diretamente vinculada ao rei, à aristocracia e à Igreja. Durante séculos, nos pequenos povoados e lugarejos, a mulher, chamada de curandeira, parteira, *sage femme*, era a encarregada de manter a saúde da população, intervindo no parto, manuseando ervas e poções para atenuar a dor. A beladona, por exemplo, já era conhecida e utilizada por essas mulheres, que exerciam uma prática experimental. É interessante notar que, segundo registros históricos, as primeiras mulheres a serem queimadas enquanto bruxas, exerciam

justamente as funções de parteiras e curandeiras. Os médicos tiveram um papel muito importante nos inquéritos dos processos inquisitoriais. Isto porque a palavra médica sempre foi definidora de verdades: a verdade médica; o depoimento de um médico; o que têm os médicos a dizer. Durante muitos séculos, os médicos tiveram a dizer coisas muito próximas do que o inquisidor tinha a dizer; sobre a imperfeição do corpo da mulher, sobre sua sexualidade desordenada, desenfreada e perigosa. A medicina também contribuiu para construir um arquétipo do feminino como imperfeito.

A partir do século XV, as acusações de bruxaria adquirem uma conotação cada vez mais sensual. As bruxas são acusadas de copularem com o demônio, de serem dotadas de uma sexualidade insaciável, de participarem de cerimônias orgásticas (*sabbat*) nas florestas. Alguns manuais demonológicos, inclusive, descrevem estas cópulas com o demônio em detalhes minuciosos. Na nossa tradição ocidental este estereótipo da mulher como perigo, tentação, pecado, transgressão está muito presente, e não podemos deixar de pensar sobre esta herança que, de certa forma, ainda está presente na forma como se constróem as identidades masculinas e femininas em nossa cultura.

Certamente não posso deixar de mencionar o que seria o contraponto dessa imagem maléfica da bruxa, simbolizado na idéia de pureza feminina, associada, em nossa herança cristã, à figura da Virgem Maria, que também propõe um modelo de sexualidade feminina, construído a partir do recato, da ausência de prazer e de iniciativa. Enfatizei a figura da bruxa em contraposição à da Virgem Maria porque, em nossa herança cultural, elas são símbolos opostos e simétricos da transfiguração/ pureza, desordem/ordem. Como figuras metafóricas, sinalizam modelos que afetam a construção social do feminino e as expectativas quanto ao papel sexual da mulher.

A sexualidade foi aqui situada como uma construção histórica, incorporando as diversas relações sociais, tensões e conflitos vigentes em determinada sociedade. Gostaríamos, finalmente, de ressaltar a perspectiva dinâmica dessa colocação. A mudança no papel da mulher na sociedade, por exemplo, reflete-se em seu comportamento sexual, em sua atitude diante do ideário feminino e também na forma como o homem percebe e vive seu papel sexual, social. É extremamente importante, para médicos e profissionais de saúde, o reconhecimento das dimensões culturais e sociais que interpenetram a sexualidade, pois saúde e doença são também parte deste emaranhado de relações

sociais onde questões de gênero, classe, etnia, religião e cultura desempenham um papel fundamental, tanto na prevenção, quanto na cura, e mesmo no reconhecimento e classificação de patologia e normalidade, particularmente no campo da saúde sexual e reprodutiva.

### **Bibliografia**

- ALVES B. PITANGUY J. – *O que é o feminismo*. São Paulo: Brasiliense, 1985.  
FOUCAULT, M. – *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: GRAAL, 1990.  
PITANGUY, J. – O sexo bruxo, in *Religião e Sociedade*, 12/2. Rio de Janeiro: ISER, 1987.  
SZASZ, Thomas S. – *A fabricação da loucura*. Rio de Janeiro: ZAHAR, 1978.

## SEXUALIDADE E GÊNERO NA MEDICINA

Regina Helena Simões Barbosa

Psicóloga, sanitária,  
professora da  
Faculdade de Medicina  
e pesquisadora do  
Núcleo de Estudos  
de Saúde Coletiva  
da UFRJ

O tema da relação da medicina e da religião com o corpo feminino poderia ocupar um curso inteiro. A discussão que tivemos sobre as bruxas e sobre a feitiçaria explicitou muito bem a construção do saber médico em oposição a um saber popular, historicamente produzido e utilizado pelas mulheres. Para ilustrar essa questão, fiz um resgate histórico transcrevendo, literalmente, citações de algumas autoras e autores cujo material é extremamente rico.

A primeira é Uta Heinemann, teóloga feminista alemã que escreveu um livro recentemente lançado. Uta faz uma profunda crítica à posição histórica da igreja em relação às mulheres e sua sexualidade. Ela situa o que denomina 'pessimismo sexual' como anterior ao cristianismo, na medida em que as mais antigas formulações a respeito dos 'males do sexo' foram feitas pelos primeiros médicos gregos. A autora afirma: *"o pessimismo sexual na antiguidade deriva — não como ocorreria depois no Cristianismo — da maldição do pecado e da punição a ele, mas sobretudo de considerações médicas. Pitágoras, no século VI A.C já afirmava que devemos satisfazer o sexo no inverno e não no verão e que devemos fazer uso moderado do sexo na primavera e no outono, embora ele fosse prejudicial à saúde em todas as estações. Ao ser perguntado pela melhor ocasião para o amor, Pitágoras respondia: — Quando você quer se enfraquecer."*

Uta afirma ainda que *"os antigos, a propósito, credi-*

*tavam que as mulheres não eram prejudicadas pelo coito já que, ao contrário dos homens, não sofriam a perda de energia mediante a perda do sêmen. O ato sexual é apresentado como ato perigoso, difícil de controlar, prejudicial à saúde e extenuante [...] Hipócrates descreve o destino do jovem que morria louco depois de uma enfermidade de vinte e quatro dias, que começava com um simples mal-estar do estômago. Antes, este jovem teria se excedido nos prazeres sexuais”.*

Essa abordagem é interessante porque de certa forma mostra, na Antigüidade e a partir da própria medicina, um discurso extremamente moralista — no sentido regulador — da sexualidade e uma conseqüente representação desta enquanto um comportamento que deveria ser normatizado e controlado, conforme bem colocou Jacqueline Pitanguy em sua fala.

Um historiador francês do século passado, Jules Michelet, também discute essa relação entre religião, medicina e corpo feminino de forma muito interessante. Segundo Michelet *“todo povo primitivo tem igual começo [...]. O homem caça e combate. A mulher trama, imagina, engendra sonhos e deuses. Em certos dias, é vidente; tem a asa infinita do desejo e do sonho. Para melhor contar o tempo, observa o céu. Mas a terra também domina seu coração. Os olhos baixados sobre as flores apaixonadas, ela mesma jovem flor, trava com elas uma relação pessoal. Mulher, pede-lhes que curem aqueles a quem ama”.*

Sendo o autor um homem do século passado, é interessante como ele trabalha o arquétipo da natureza feminina, do sonho, da fantasia, mas também do cuidado com a família e com o outro. Ele diz ainda: *“Ao ler as belíssimas obras escritas em nossos dias sobre a história das ciências, uma coisa me espanta. Parecem acreditar que tudo foi descoberto pelos doutores, aqueles semi-escolásticos que a cada instante ficavam enredados em suas togas e dogmas, nos deploráveis hábitos de espírito que a Escola lhes inculcia. E aquelas que andavam livres dessas cadeias, as feiticeiras, não teriam descoberto nada? Seria inverosímil”.* Ao colocar essa questão, o autor está perguntando onde está o (re)conhecimento, a legitimação do saber popular, principalmente do saber produzido empiricamente pelas mulheres e eminentemente voltado para o cuidado e para a cura dos males e das doenças. *“O único médico do povo, durante mil anos, foi a feiticeira. Os imperadores, os reis, os papas, os mais ricos barões tinham alguns médicos de Salerno, mouros, judeus, mas a massa de todo o Estado consultava apenas a ‘mulher sábia’. Isso valia uma recompensa. Elas a tiveram. Foram pagas em torturas, em fogueiras. Encontraram-se para elas o suplício sob*



*medida, inventaram-lhe dores. Julgavam-nas em massa, condenavam-nas por uma palavra”.*

Michelet ressalta que a feitiçeira, a curandeira, atendia basicamente o povo. Evidentemente, a elite tinha os seus médicos escolados. *“Pouco a pouco, o rótulo terrível de feitiçaria abrange todas as pequenas superstições, a antiga poesia dos lares e dos campos, o traquinas, o duende e a fada. Que mulher seria inocente? A mais devota acreditava em tudo isso!”* Michelet contrapõe aqui o saber reconhecido e legitimado ao saber produzido na vida e que, portanto, não dissocia a razão da emoção. Esse tema traz à tona muitas questões relevantes para a discussão da relação entre o saber e o poder.

Michelet, por fim, relaciona o fim da feitiçaria ao nascimento da ciência moderna que, segundo ele, se apropria do saber popular e o institucionaliza. Diz ele: *“Depois do Renascimento, Satã não ressurgue nos campos, mas no seio da própria Igreja, dentro dos conventos. Nos grandes processos dos séculos XVII e XVIII, as possessas usam hábito e são corrompidas por um Satã que se fez confessor. Decadente, a feitiçaria se tornou profissão. Vulgarizado, o Sabat degenerou em carnaval. A feitiçeira, finalmente, está morta, não pelas mãos do inquisidor, mas pelas do médico, do botânico, do químico, do sábio naturalista, que lhes roubam as funções, doravante oficiais. No fim dessa história, Satã sorri...”*

A próxima citação foi tirada da introdução ao *Malleus Maleficarum*, o livro da Inquisição. Essa introdução foi escrita por Rose Marie Muraro, uma importante autora feminista contemporânea e achei muito interessante a relação que ela faz entre a transformação do papel social das mulheres e a emergência de uma nova sociedade, o capitalismo, que precisa de corpos ‘domesticados’ para implantar o novo sistema produtivo e reprodutivo. Diz ela: *“Quando cessou a caça às bruxas, no século XVIII, houve grande transformação na condição feminina. A sexualidade se normatiza e as mulheres se tornam frígidas, pois orgasmo era coisa do Diabo e, portanto, passível de punição. Reduzem-se exclusivamente ao âmbito doméstico, pois sua missão também era passível de castigo. O saber feminino cai na clandestinidade, ou é assimilado como próprio pelo saber médico masculino já solidificado. As mulheres já não têm mais acesso ao estudo como na Idade Média e passam a transmitir ‘voluntariamente’ a seus filhos valores patriarcais, já então totalmente introjetados por elas. [...] E, com a caça às bruxas, se normatiza o comportamento de homens e mulheres europeus, tanto na área pública como no domínio do privado. E assim*

*se passam os séculos. A sociedade de classes que já está construída nos fins do século XVIII é composta de trabalhadores dóceis que não questionam o sistema*". Com isso, ela também coloca a questão da domesticação dos corpos dentro de uma sociedade que controla o corpo dos indivíduos através da exploração de sua força de trabalho.

Vamos trazer agora o tema da epidemia da AIDS, uma discussão mais atual. A partir da década de 90, as mulheres foram sendo crescentemente incluídas no contexto dessa epidemia. A própria construção da ciência, excluindo inicialmente as mulheres do risco para o vírus HIV, é muito interessante e, de certa forma, desvenda as representações de gênero presentes na medicina. Hoje, ao pensarmos em estratégias preventivas — ou de que forma podemos discutir o processo de prevenção da AIDS entre as mulheres — nos deparamos com vários desafios que recolocam a discussão de gênero no campo da saúde. Assim, a prevenção da AIDS está relacionada com a questão da reprodução e do controle sobre a reprodução; está relacionada com a questão do corpo, do uso do corpo e do uso do preservativo. Implica, portanto, na discussão de poder: quem decide sobre o uso do preservativo na relação afetivo-amorosa?

Nos séculos XIX e XX, portanto mais recentemente na história, se dá o ordenamento de um sistema de saber e poder sobre o corpo feminino. O movimento higienista da década de 30 produz um discurso em que o corpo feminino é associado a doença. Os textos médicos da época, inclusive, evidenciam muito essa representação da mulher como um corpo patológico e contaminado, regido por líquidos e secreções 'estranhas'. No processo de medicalização da sociedade, esse discurso médico é introjetado pelas pessoas, pela população, pelas próprias mulheres. Trouxe aqui alguns depoimentos de mulheres a respeito do seu próprio corpo que, de certa forma, explicitam essa representação do corpo feminino como doentio, escuro, úmido e, portanto, propício ao desenvolvimento de diferentes micróbios, causando as mais diversas doenças. Essa é uma questão que ainda está muito presente no imaginário social das próprias mulheres.

Outra abordagem correlata é a das teorias malthusiana e neo-malthusiana, que associam a superpopulação à pobreza. Essas teorias reforçaram as políticas de controle populacional que ainda hoje vemos presentes, especialmente nos países pobres, que têm toda uma história iniciada mais explicitamente a

partir da década de 30. No Brasil, essas políticas induziram a um altíssimo índice de esterilização das mulheres e, na presente década, coloca-se uma questão muito séria, relacionada à prevenção da AIDS: preconizamos o uso do preservativo nas relações sexuais para uma população na qual grande parte das mulheres está esterilizada e que, portanto, não conta com o 'pretexto' da anticoncepção no momento de sugerir ao parceiro, principalmente o parceiro fixo, o uso da camisinha na relação sexual.

Sobre as novas tecnologias contraceptivas que começam a surgir a partir dos anos 60, muitas pessoas interrogam até que ponto elas teriam levado à liberação sexual feminina. Com essas tecnologias, os homens foram excluídos da participação na contracepção e, hoje, nos deparamos com esse problema quando trabalhamos com a questão do risco das mulheres para o HIV. Para ilustrar essa discussão com material empírico, trouxe alguns depoimentos da minha pesquisa de tese de mestrado, feita com mulheres pobres que moram numa favela na área da Maré (Rio de Janeiro). Essas mulheres são, em grande parte, donas de casa, mães de família, com baixa escolaridade, típicas 'mulheres do lar' de um bairro pobre.

Algumas já haviam trabalhado eventualmente, outras ainda trabalham como empregadas domésticas, costureiras etc. Busquei, com a pesquisa, compreender as representações de gênero que as mulheres tinham, associando-as às representações do risco para o HIV. De certa forma, entrei no universo subjetivo dessas mulheres, nas suas relações com o mundo, com o homem, consigo próprias, e como a questão da AIDS e do HIV está se colocando para elas, além de suas expectativas e seu poder de decisão nas várias esferas de suas vidas. Trouxe alguns depoimentos que mostram como as relações e os papéis de gênero estão profundamente imbricados nas questões da saúde, especialmente na AIDS, que envolve a complexa dimensão da sexualidade. Vejamos o que dizem esses depoimentos: *"Às vezes eu tenho que transar para satisfazer ele porque ... tendo mulher dentro de casa, se eu não procurar satisfazer ele, ele vai procurar mulher na rua. E a coisa que eu tenho o maior medo é dessa doença, a AIDS"*.

O tema da AIDS é privilegiado para discutir essa questão, na medida em que envolve todos os aspectos da vida humana, inclusive, e principalmente, a sexualidade. Para explorar a identidade de gênero dessas mulheres foi colocada a seguinte pergunta: se você pudesse escolher, preferiria ser homem ou

mulher? A partir dos depoimentos mais significativos ficaram claras a dor e o sofrimento das mulheres não só na vivência do seu papel feminino, doméstico, como também com relação a seus corpos. Esse corpo, com seus ciclos biológicos, é vivido por elas como problemático, até pelo desconhecimento que têm a respeito dele.

O depoimento a seguir ilustra essa questão: *“Mulher sofre muito, sabe? Mulher sofre... Desde a mulher ficar menstruada, tem aqueles negócios. Homem não, homem não sofre tanto. A mulher sofre em casa: tem que lavar, tem que cozinhar, passar, cuidar de criança. Ai, quando chega a idade de ter filho, sente aquelas dores pra ganhar neném. Depois, chega a menopausa, tem que fazer tratamento, sente um montão de coisas. As pessoas que já passaram por isso falam que sentem dor, sente isso, sente aquilo”*. Este relato deixa muito clara a vivência marcada pela ansiedade e sofrimento. Com relação à representação do risco para o HIV, a mesma dona de casa opina sobre o risco diferenciado de homens e mulheres para o HIV: *“As mulheres têm muito mais possibilidades de se machucar numa relação que os homens. As mulheres têm mais facilidade de ter uma inflamação, estar com uma ferida no útero, do que os homens”*. Transparece aí a percepção do corpo da mulher como um corpo potencialmente infectado. A pesquisa levou à conclusão que as mulheres dessa favela estão cientes do risco que correm e têm muito medo da AIDS. Mas discutir esse medo com o parceiro é outro assunto.

Outra mulher diz o seguinte: *“Minha mãe diz que a doença não foi feita para dar em poste, foi feita para dar na gente. A gente evita mas... se Deus achar que a gente tem que ter, que a gente tem que passar por aquilo, você tem que pedir força a Ele e se conscientizar do que está acontecendo”*. Há, nesse depoimento, um total fatalismo em relação à doença. A mulher não se vê em condições de mudar situações de sua vida que a colocam em risco. Os depoimentos deixaram claro que as mulheres vivenciam a estratégia do silêncio (social) sobre o corpo, sobre a sexualidade, uma estratégia muito bem compreendida pela sociedade. Dizer que a mulher não pode saber, não pode perguntar, não deve conhecer seu próprio corpo — ela deve ser ingênua e inocente — é uma questão muito marcante, como mostra a fala a seguir: *“Com a minha mãe eu nunca conversei nada; minha mãe é ignorante ‘pra caramba’. Você vê, quando foi na época de eu ‘me formar’ [menstruar pela primeira vez], eu não sabia... Ai, ela viajou e me mandou para casa. Nesse período,*

*eu me 'formei'. Foi uma senhora, que tinha me visto pequena, que pegou e me orientou. Eu pensava que era um tumor que eu tinha, um caroço, um furúnculo que tinha estourado, que tinha saído lá de dentro e estava sangrando daquele jeito...*” Não falar sobre sexo, não saber sobre o corpo como forma de ser ‘pura’, estes são os valores simbólicos difundidos e introjetados pela cultura feminina, muito embora com resistências e subversões.

O próximo depoimento também ilustra a representação do corpo feminino como um corpo ‘patológico’: *“É difícil pro homem estar assim, sempre em tratamento. A mulher está sempre ali, sempre em tratamento. Por mais que ela trate, ela sempre pode ter algum micróbio, alguma coisa. O homem às vezes quer ser limpo, o homem diz que é limpo, não tem esses problemas que a mulher tem, inflamação, essas coisas...”* A expressão ‘estar limpo’ faz parte da linguagem e é utilizada por mulheres e homens. Quando as mulheres suspeitam que o homem tem relações fora de casa, ficam com medo e, ao explicitarem este medo, os parceiros asseguram: — *“Não! Não se preocupa que eu estou limpo”*. O homem garante à mulher que não está contaminado porque sabe se preservar, sabe se cuidar e ‘proteger’ seu lar, reafirmando assim seu papel masculino, o papel do homem como aquele que protege e garante a segurança da família. Quer dizer, o homem não se vê como um transmissor de doenças para sua mulher. Socialmente, ele é seu ‘guardião’, o homem protetor, figura simbólica do romantismo de nossa cultura.

Conversei exaustivamente, com as mulheres entrevistadas, sobre o conceito de ‘sexo seguro’ no seu entender. Grande parte associou sexo seguro ao sexo sem gravidez, uma vez que o medo da gravidez indesejada ainda é muito grande. Outras demonstraram consciência do risco de transmissão de doenças: *“Esse problema de infecção na urina que estou é dele e ele passa para mim. É por isso que às vezes eu falo para ele: — Usa a camisinha! Mas ele não aceita. Quer dizer, isso não é sexo saudável. A pessoa não se sente segura, tá sempre com medo de alguma coisa. Às vezes esquece. Esquece porque gosta e, na hora do ‘rala e rola’ [...] mas depois vem a preocupação. Eu procuro me cuidar, faço consulta, tomo o medicamento, a médica diz que tá tudo bem, então [...] Mas ele não aceita se tratar. Não se trata e, no final, passa pra mim de novo.”*

Diante da pergunta sobre como seria, para elas, o homem ideal, o *“príncipe encantado”*, surgiu uma rica discussão envolvendo as noções culturais de

romantismo e entrega amorosa, assim como as representações sobre o homem-companheiro. O que pensam essas mulheres sobre o homem ideal? *“Eu escolheria um homem assim...: uma pessoa mais liberal, uma pessoa que tenha mais diálogo, que converse com a companheira. Uma pessoa calma, que não seja violenta. Principalmente na hora do ‘rala e rola’, aí tem que conversar. Porque tem homem que não conversa, é igual animal. E eu sempre dou azar de encontrar homem assim na minha vida”*. A maior parte das mulheres entrevistadas valorizaram muito o homem-companheiro, o homem que conversa, que é sensível, que valoriza a comunicação entre o casal e que, portanto, estabelece relações de confiança mútua. A fidelidade, nesse sentido, é uma decorrência desse tipo de relação (ideal).

No que diz respeito à fidelidade, outro tema fundamental para a discussão da AIDS, o depoimento a seguir é bastante dramático: *“ele, por exemplo [seu marido], teve um caso lá que eu não sabia. Agora, com 22 anos de casada, é que eu vim a descobrir que ele tem uma filha na rua. Aí, eu fiquei naquilo... Aí, a minha mãe falou: — Deixa para lá, sabe como é, homem é assim mesmo, você vai acabar seu casamento de 22 anos só por causa de uma bobeira? Mas não fica igual era antigamente. Eu pergunto para ele: — E se fosse comigo que tivesse acontecido? O que você tinha feito comigo? — Ah, eu tinha botado você no olho da rua. Ele me disse...”* Essa mesma mulher relata que, depois que soube da traição, não conseguiu restabelecer com o marido uma relação de carinho e companheirismo, como anteriormente. A questão da confiança para as mulheres é bastante importante.

Sobre anticoncepção, me impressionou muito o relato dessa mulher: *“eu fiz um tratamento para evitar filho. É um tipo de injeção, que eles falam. É, mas não é injeção. É um líquido que eles botam dentro da vagina da gente e pronto: queima aquele lugar ali e não pega mais filho. Dizem... o doutor sempre fala isso... que é proibido esse tipo de tratamento. Mas eu fiz porque era mais fácil, porque eu não me dou com comprimido. Eu também não podia ligar, estava muito nova”*. Tempos depois essa mulher perdeu uma filha e descobriu que não poderia mais engravidar. Na época do tratamento ela tinha dois filhos. Tentamos investigar com ela sobre esse ‘tratamento’, que havia acontecido há uns 10, 15 anos atrás. Ela disse que foi numa clínica em Bonsucesso onde o tratamento era gratuito e que várias mulheres de seu bairro tinham ido, inclusive sua mãe. E todas sabiam que aquele era um procedimento ilegal,

sendo feito clandestinamente, a título de teste. As mulheres foram solicitadas a não comentarem com outras pessoas, para evitar problemas. Esse caso é extremo mas revela os dramas que as mulheres vivem em relação à anticoncepção, às escolhas — ou falta de — métodos adequados, às dificuldades de acesso aos serviços de saúde, à falta de controle sobre seus corpos e suas decisões.

O material dessa pesquisa é muito mais extenso mas, devido ao limite de tempo, deixo esses depoimentos como uma contribuição para alimentar o debate sobre o tema proposto: as relações de gênero e o saber médico.

### **Bibliografia**

- HEINEMANN, Uta Ranke – *Eunucos pelo Reino de Deus. Mulheres, Sexualidade e Igreja Católica*. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Tempos, 1996.
- MICHELET, Jules – *A Feiticeira. 500 anos de transformações na figura da mulher*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1992.
- MURARO, Rose Marie – “Breve Introdução Histórica” In: KRAMER, Heinrich e SPRENGER, James – *Malleus Maleficarum. O martelo das Feiticeiras*. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Tempos, 1991 (8a. edição).
- SIMÕES BARBOSA, Regina Helena – *Gênero e AIDS: as mulheres de uma comunidade favelada*. Rio de Janeiro: Tese de Mestrado apresentada à ENSP/Fiocruz, 1993.





**SOBRE OS SEMINÁRIOS  
DE AVALIAÇÃO**



## SEMINÁRIOS DE AVALIAÇÃO uma primeira abordagem

Luciana Sarmento Garbayo

Médica, especialista em filosofia moderna e contemporânea, pesquisadora da CEPIA

Dois objetivos centrais nortearam o trabalho do grupo responsável pela elaboração da proposta temática do curso *Saber Médico, Corpo e Sociedade*. Em primeiro lugar, estava a intenção de quebrar o hábito da recepção passiva do conhecimento, colocando os alunos ao par das problemáticas instadas no ato de aprender medicina para que pudessem articulá-las de modo mais autônomo e menos ingênuo. Em segundo lugar, ressaltar a importância da compreensão do plano da cidadania e dos direitos humanos no campo da saúde<sup>1</sup>. Foram assim selecionadas ferramentas conceituais das ciências humanas que contribuíssem para o entendimento do fenômeno saúde-doença no marco holístico da contemporaneidade, desenhando-se o escopo interdisciplinar do curso. Com isto gerou-se nosso primeiro grande desafio, ou seja, criar instrumentos pedagógicos que superassem o risco da dispersão ou da superficialização.

Era consensual, no grupo, o reconhecimento de que não há inocência ou neutralidade possíveis no processo de ensino-aprendizagem. Havia um entendimento de que a forma é também uma 'modalidade de conteúdo' igualmente importante, e de caráter eminentemente formativo. A partir daí, foram desenvolvidas reflexões a

---

<sup>1</sup> Ver Garbayo, L.S., *Apontamentos de uma nova relação entre a medicina e o campo dos direitos humanos: uma abordagem preliminar*, in "Anais do VI Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia, 4-7 junho, 1997; Rio de Janeiro, SBPC, eds. Isidoro Alves e Elena Moraes Garcia, 1997. (N. da autora)

respeito dos dilemas e riscos presentes nas formas habituais de transmissão de conhecimento naquele estabelecimento de ensino<sup>2</sup>. Para o grupo, as relações de poder em sala de aula deveriam ser objeto de análise, demandando uma prática pedagógica que tentasse construir relações mais simétricas, através de uma atitude docente baseada na disponibilidade para ouvir e respeitar as opiniões dos estudantes. Nossa intenção foi a de valorizar a tolerância para com a diversidade, não pela construção de falsos consensos, mas pela aproximação mais refletida entre as ciências humanas e naturais.

A prática pedagógica escolhida foi a dos seminários, considerados como a alternativa mais interessante. Situados numa tradição de democratização do ensino, que atribui aos alunos maiores responsabilidades sobre o resultado final da aprendizagem, o formato de seminários contribui para o amadurecimento cognitivo e interrelacional, estimulando o desenvolvimento dos alunos no que diz respeito à investigação, à crítica e à independência intelectual, dando-lhes papel preponderante na assimilação, produção e discussão desses conteúdos<sup>3</sup>.

Optou-se pela realização de seminários ao final de cada bloco temático, coordenados por um professor que acompanhasse todas as aulas e se responsabilizasse por tecer um fio condutor, nos espaços dos seminários. Deste modo, além do debate após cada aula expositiva, os alunos teriam a oportunidade de trazer suas leituras e questões para discutir nestes espaços, que preencheriam possíveis lacunas, gerando um campo de reflexão a ser construído em sala de aula e junto com os alunos. Como estratégia a ser implementada para enfrentar o problema imposto pela matriz interdisciplinar do curso, foi definida a focalização dos marcos conceituais expostos em aula, garantindo o plano da problematidade, ao invés de permitir a redução dos temas apenas a um tratamento descritivo-doutrinário.

Outra dificuldade prevista, a ser atenuada pela figura do professor-integrador, seria vencer, na medida do possível, a barreira do preconceito em relação ao campo das ciências humanas e à própria linguagem utilizada nas conferências. Flavio Edler descreveu assim a respeito, em suas notas no tra-

<sup>2</sup> Ver Rocha Pinto, P.G.H., *Saber ver: recursos visuais e formação médica*. Dissertação de mestrado IMS/UERJ. Rio de Janeiro: s.ed., 1997. (N. da autora)

<sup>3</sup> Ver Veiga, I.P., *O seminário como técnica de ensino socializado*, in id.(org) "Técnicas de ensino: por que não?", 2ª edição. Campinas: Papyrus, 1993. (N. da autora)

balho do grupo: *“os estudantes de medicina desconhecem a linguagem e o conteúdo das ciências sociais, suspeitando de sua prolixidade, como se escondesse uma grande imprecisão. A formação cientificista a que estão expostos os mantêm presos aos “fatos” da ciência que escolheram, achando improváveis as controvérsias teóricas suscitadas pela “intromissão” das ciências sociais em seu domínio”*. Deste modo, o desafio seria conseguir decifrar o vocabulário técnico das ciências humanas, de forma a facilitar a compreensão de sua pertinência e cientificidade, tornando-as respeitáveis aos olhos dos estudantes.

Somavam-se a estas dificuldades já antecipadas, outras próprias da vida acadêmica no curso de graduação da Faculdade de Medicina da UFRJ, onde os alunos conciliam ciclos constantes de provas, com plantões, turnos em ambulatórios etc, aspectos que colocavam em risco o sucesso de nossa proposta como um todo.

#### **Pontos básicos da proposta pedagógica dos seminários**

- Valorização da relação individualizada professor-aluno, na contra-corrente da prática do ensino de massa.
- Horizontalização das relações de poder em sala de aula.
- Estímulo ao debate franco e à explicitação e tolerância diante das divergências.
- Ênfase na leitura de textos originais de autores 'clássicos' e desestímulo ao uso de manuais.
- Produção de trabalhos escritos com análise crítica de forma e conteúdo.

#### **Expectativas com relação ao aproveitamento dos alunos**

- Desenvolvimento de um conhecimento mínimo sobre as principais contribuições para os debates contemporâneos de relevância científica, filosófica e social, de forma a promover, pessoal e coletivamente, a reelaboração do objeto de sua futura prática profissional.
- Desenvolvimento do sentimento de auto-respeitabilidade e auto-estímulo para construir e compartilhar idéias próprias.
- Experimentação da vivência de uma relação horizontalizada ensino-aprendizagem, de forma a desenvolver a capacidade de interferir na discussão sobre as relações de poder vigentes na medicina e na sociedade.
- Desenvolvimento da capacidade de leitura crítica, pela valorização da dimensão interpretativa indissociável no ato de ler.

## **A experiência dos seminários: a teoria na prática é diferente**

Gostaríamos de introduzir nossas primeiras observações sobre o resultado dos seminários, com algumas colocações que informem a respeito do caráter piloto desta experiência, que portanto vem sofrendo reformulações a cada versão do curso. Falar apenas dos seminários referentes ao curso do primeiro semestre de 1996 torna-se praticamente impossível. Portanto, a primeira observação seria dizer que misturam-se, nos itens que se seguem, resultados dos diferentes seminários, ao longo das diferentes versões do curso.

Na primeira versão do curso *Saber Médico, Corpo e Sociedade*, ainda na modalidade de curso de extensão, não foram estabelecidas exigências curriculares para as inscrições. Contamos, naquela época, com um total de 26 inscritos, entre alunos, professores e ainda ouvintes, estes oriundos da área de saúde em geral. Com este perfil heterogêneo a audiência somava, ao grupo de assíduos, uma população flutuante significativa. Como toda experiência inaugural, esta serviu para testar nossa proposta inicial de seminários, resultando, inclusive, em muitas sugestões, por parte dos inscritos, que foram devidamente discutidas e incorporadas.

Assim, após a experiência-piloto dos seminários no primeiro curso, acabamos por aprovar, com os alunos, as seguintes diretrizes metodológicas para a consecução dos seminários:

- escolha de textos por afinidades/ interesse;
- apresentação contendo uma descrição e levantamento de problemas identificados nos textos;
- apresentação de correlações da temática com a vivência dos alunos nas práticas médicas;
- ênfase na abordagem intensiva e não as extensiva da temática de preferência dos alunos.

A primeira experiência, quando o curso era de extensão, foi diferente das seguintes, quando a disciplina se tornou eletiva. Na primeira versão a maioria dos alunos inscritos, e assíduos, estava no internato. Por isso, trouxeram para discussão questões já profundamente orientadas por suas práticas acadêmicas e assistenciais. Já os alunos da disciplina, em sua grande maioria

cursando o quarto período ou seja, em transição do período básico para o profissional, têm trazido indagações mais genéricas sobre a prática médica..

Uma avaliação inicial do resultado obtido com os seminários mostrou que a perplexidade diante dos temas trabalhados no curso foi uma constante entre os alunos. Outro traço comum revelado, foi certo grau de perplexidade e conflito diante da abordagem que fazia confluir diferentes ciências. Assim, o principal desafio deste curso, ainda hoje, tem sido o de colocar em questão o senso comum<sup>4</sup> revelado pelos alunos. A maior parte de seus argumentos poderiam classificá-los dentro do que chamaríamos 'empirismo ingênuo', e vão no sentido de reificar seus próprios recortes, defendendo a primazia do biológico em qualquer instância, evidenciando muitas dificuldades em serem contra-intuitivos. Fundamental é salientar, portanto, que tem sido também uma constante que a interlocução com este senso comum seja o eixo principal dos debates nestes seminários. Apesar das dificuldades, muitos alunos têm revelado que o curso tem sido útil no sentido de contribuir para a organização de suas idéias, sobretudo a respeito da problemática do conhecimento e da prática médica, e da problemática ciência, cultura e sexualidade.

### **Primeiro seminário: discutindo as controvérsias do método científico**

O primeiro bloco temático, relativo à discussão sobre o método científico, é em si iniciático e propedêutico. A aridez do debate epistemológico e o despreparo da maioria dos alunos para essas questões têm tornado este primeiro seminário o mais difícil e delicado. Entretanto, tem-se constatado uma compreensão sobre a complexidade da produção de conhecimento 'confiável' na área da ciência e uma percepção, com certo grau de desconcerto, de que não é possível estabelecer uma base neutra e imutável para o conhecimento

<sup>4</sup> Entendemos por senso comum "o conjunto de opiniões e valores característicos daquilo que é corretamente aceito em um meio social determinado" ou, como quer Chaim Perelman: "O senso comum consiste em uma série de crenças admitidas no seio de uma sociedade determinada e que seus membros presumem serem partilhadas por todo ser racional" (*apud* Japiassu & Marcondes, Dicionário Básico de filosofia, Rio de Janeiro: Zahar, 1989. (N. da autora)

médico, no sentido de reconhecer sua matriz anti-fundacionalista e suas limitações no plano da relação sujeito-objeto. A percepção de que a produção de conhecimento é historicamente determinada e, até certo ponto, indissociada das narrativas de nossa cultura, tem contribuído para minar a ingenuidade e a onipotência, tão características dos alunos do curso médico. Enquanto alguns alunos têm demonstrado nostalgia do sentimento de certeza, outros não aceitam a impossibilidade da neutralidade em ciência, inconformados em perceber a relação necessária entre valor e conhecimento: "*Como não somos neutros?!?!?*", chegamos a escutar.

Na experiência do primeiro seminários, por exemplo, utilizamos basicamente a perspectiva de Karl Popper, abordando o falsificacionismo e o individualismo epistemológico, em contraste com a perspectiva de Thomas Kuhn, que aborda os aspectos sociológicos da produção de conhecimento científico. Ao apresentar duas visões conflitantes, foi estimulado que os alunos tentassem produzir sua própria crítica aos dois modelos e explicitassem o desconforto de não poderem se conformar, de início, com a suposta 'verdade', ou com a 'versão correta' do autor e/ou professor. Foi interessante presenciar a forma como os estudantes percebiam que os professores palestrantes discordavam entre si.

A exigência de amadurecimento intelectual e cognitivo, implícita no formato do curso, tem trazido à baila reações por parte dos alunos. A principal crítica refere-se a que os textos indicados para leitura são muito "difíceis", sendo considerados, por alguns, desestimuladores. Já os alunos com alguma prática de pesquisa têm apreciado bastante os textos. Nesse sentido, entendemos que é a insuficiência, na prática de aprendizado dos alunos, de uma base bibliográfica prévia focalizada em conceitos, que torna tão dolorosa a tarefa das leituras para os seminários, assim como a compreensão dos vocabulários técnicos não-médicos.

Ao longo do curso, e de forma geral, os alunos vão compreendendo o sentido da proposta e aprimorando sua capacidade de leitura crítica. Eles vão percebendo que o aprendizado da leitura crítica é fundamental enquanto base para determinar sua liberdade no uso das informações disponíveis, seja durante o curso de medicina, ou no próprio exercício da profissão. Entenderam também, em contrapartida, que uma leitura passiva cria reféns da manipulações do conhecimento na área.



Uma barreira interessante encontrada, foi a avaliação inicial, por parte de alguns alunos, de que a filosofia produz confusão, gerando o temor de perder frágeis certezas, muito confortáveis e operacionais, e alcançadas a duras penas. Estes alunos identificaram filosofia a um “blá-blá-blá”, a uma simples prática retórica que visaria desorientar os alunos, tirando-lhes o tapete de sob os pés. Eles demonstram temor de que a filosofia pretenda explicar o inexplicável, incidindo sobre nossa possibilidade de ver o mundo “pleno de mistérios”, numa racionalização absolutizadora de todos os aspectos da vida humana, que acaba por levar ao desencantamento com a vida. Um aluno, auto intitulando-se ovelha negra, escreveu assim: *“a questão é que eu e a filosofia não somos bons amigos [...] No meu pensamento existem coisas que não devem ser explicadas, porque não alterariam em nada as nossas vidas, ou até porque poderíamos acabar com um ‘nó’ no pensamento”*. Não sei se este aluno mudou de idéia ao final do curso, mas sua disponibilidade em revelar seu ponto de vista, foi um convite precioso e leal ao debate.

Nesses embates, uma das descobertas possíveis, pelos alunos, seria de que o interesse filosófico característico do curso estava centrado no interesse em produzir pensamento crítico. Em propiciar, dentro do possível, a autonomização de seu pensamento, e não em conformá-los a moldes prévios ou seduzi-los com belas palavras, truques elegantes de um discurso elaborado, ou ainda conformá-los a uma racionalização defensiva dos aspectos mais emocionais e subjetivos da vida humana. Assim, a filosofia se tornaria um instrumento útil e sinônimo de ‘livre-pensar’ (em que pese a datação desse termo). Nesse ponto, as ciências humanas como a antropologia e a sociologia vinham, na seqüência do curso, contextualizar alguns de nossos hábitos de pensamento na medicina e alguns de nossos condicionamentos, tornando o próprio ato de pensar historicizado.

### **Segundo seminário: e o conhecimento médico?**

Em seqüência à discussão sobre a natureza do conhecimento e do método científico, o segundo seminário tem abordado a constituição histórica do conhecimento médico e as controvérsias no seu ensino, introduzindo uma perspectiva antropológica para a compreensão da dimensão simbólica do

homem e de seu corpo e da indissociabilidade dessa dimensão para a compreensão do fenômeno do adoecimento. Em outras palavras, após a relativização das certezas dos alunos em relação ao seu entendimento sobre a própria ciência, o segundo bloco tem abordado a compreensão da medicina enquanto *praxis*.

Com o intuito de debater a especificidade e precariedade do nosso campo médico, que nos faz voltar para a ação, limitados por uma metodologia de caráter preditivo incerto e condicionados por uma hierarquia valorativa norteadora de nossos atos. A discussão em torno do vitalismo de Canguilhem tem tido espaço nesse contexto. A abordagem sobre o normal e o patológico exemplifica mais claramente, para os alunos, a importância do âmbito dos valores na classificação e descrição dos eventos médicos, sendo esse um eixo fundamental para a compreensão dos conteúdos oferecidos no transcorrer do curso, quando discutimos os aspectos históricos da constituição de algumas doenças (quarto seminário).

Em um segundo momento, temos debatido os modos automáticos e mecânicos de aprendizagem, ao discutir a incorporação passiva de exemplos, atitudes, comportamentos. Através do exame das formas de estudar características de nossa faculdade, atraímos a atenção dos estudantes para o grau de alienação a que têm estado submetidos em sua formação. A antropologia tem sido introduzida concomitantemente, de forma a oferecer suporte teórico para estruturar a noção de cultura. A abordagem antropológica do corpo como suporte de símbolos, foi (e tem sido) uma surpresa geral para os alunos, a cada semestre. O processo de socialização primária e secundária e a relação indissociável entre 'natureza' e 'cultura', têm sido abordados como meros vocabulários úteis, organizadores de nossa experiência humana cognitiva. A noção de linguagem tem se tornado fundamental para a compreensão desses aspectos, gerando muitas dificuldades de assimilação nos debates, o que aponta para a necessidade de repensar a abordagem específica nesse aspecto.

Numa avaliação preliminar, o que parece ter ocorrido é que, diante do amplo conteúdo deste bloco, o aluno naturalmente é levado a escolher um ou outro problema, mais próximo de sua realidade cotidiana, como alvo de sua reflexão, evitando, em um primeiro momento, aqueles que têm um alto grau de abstração. O curioso é que muitos alunos referiram este como seu bloco preferido, o que é um indício da aceitação dos conteúdos propostos.

Os estudantes têm demonstrado surpresa ao verem suas reações de caráter mais privado sendo objeto de análise da antropologia cultural. Mas apesar desta resistência inicial, em geral os alunos têm assentido à abordagem apresentada, expressando-se mais a partir do lugar do espanto do que do lugar da crítica. Da mesma maneira, a discussão em torno dos modos atuais de ensinar/aprender medicina tem colocado sua experiência quotidiana no centro do debate gerando reações, a princípio de divertimento pela identificação com a descrição feita no texto mas, em um segundo momento, o divertimento se transforma em silêncio reflexivo. No primeiro seminário o texto de Canguilhem gerou bastante interesse, mas sua compreensão foi superficial. De forma geral, temos conseguimos apenas trabalhar o conceito de 'normatividade vital'. O debate final tem permitido aos alunos, concederem cientificidade ao conhecimento no campo das ciências humanas, aplicadas à medicina, deixando de desmerecê-las, como é habitual. A discussão metodológica sobre o conhecimento em antropologia, tem permitido aos alunos fazerem paralelos úteis para a compreensão ampliada do objeto médico.

### **Terceiro seminário: a medicina, suas instituições e o campo dos direitos humanos**

Esse bloco do curso foi concebido na tentativa de abordar a medicina sob o ângulo da sociologia das profissões, e da relação entre a medicina e o campo dos direitos humanos, com o objetivo de contribuir para a compreensão da profissão médica em sua inserção institucional (entidades médicas) e social mais ampla. Este seminário versou, inicialmente, sobre o impacto, nos alunos, da contextualização da profissão médica, a partir da discussão que foi feita, nas aulas, sobre os resultados da pesquisa CFM/ Fiocruz a respeito do perfil do médico no Brasil, iniciativa de envergadura inédita no cenário nacional. Este tem sido o ponto de partida para a conscientização dos alunos sobre as características sociológicas da profissão médica, a formação profissional, a estrutura e a dinâmica do mercado de trabalho, as condições do trabalho médico. Os alunos têm reagido com angústia e abatimento, alguns chegando a explicitar conformismo, como um aluno que escreveu em seu trabalho: *"Parece-me que [...] os planos de saúde estão pensando que a saúde*

*coletiva equívale à saúde de sua conta bancária, o que é inadmissível em qualquer profissão, mas em especial na medicina, onde estamos lidando com vidas. Na minha opinião, falta às autoridades criarem um sistema justo, onde o plano de saúde não seja a única alternativa viável. Eu tenho certeza que, mesmo sabendo de tudo isso que escrevi acima, e mesmo discordando por completo da filosofia dos planos de saúde, serei mais um filiado a eles”.*

Também tem gerado uma angústia difusa, a conscientização de que as pesquisas seguem linhas específicas de financiamento, e de que as doenças e seus agravos não são uniformemente alvo de investimentos em função das necessidades da população, no sentido de produzir conhecimento para fundamentar ações democráticas de saúde. Surgem críticas ao modelo hospitalocêntrico, e à consideração mais ampla do atendimento de saúde, em um exercício analítico de uma macrovisão do sistema de saúde. Uma aluna observou: *“Para romper esse processo seria necessária a descentralização do tratamento médico, transferindo seu eixo do hospital para as residências, sem que o hospital deixe de existir, claro. Há inúmeras vantagens nessa transferência, não só para a saúde coletiva, mas individual também, como a possibilidade de melhorar a relação médico-paciente [...] um sistema de atendimento domiciliar pode se encaixar perfeitamente no sistema de saúde público financiado pelo Estado e iria desafogar um pouco os hospitais e centros de saúde públicos [...] nesta situação os seguros de saúde teriam que ser radicalmente reestruturados, assim como a própria atuação do médico. Pode ser que o amadurecimento de um outro modelo de assistência à saúde contribua bastante para a reprofissionalização da medicina...”*.

O plano dos direitos humanos e sua relação com o papel dos médicos tem gerado inúmeras preocupações, na medida em que esta perspectiva considera a ampliação do conceito de saúde como bem-estar biopsicosocial. Os alunos demonstram temor diante do risco de sobrecarregarem-se em sua tarefa médica: *“Mas será que faz parte da medicina sanar problemas socioeconômicos como desemprego, stress, condições financeiras desfavoráveis, moradia e alimentação, que dificultam a manutenção da saúde? Sanar tais problemas está fora do alcance da prática médica, mas detectá-lo não. Creio que é dever do sistema de assistência médica identificar focos de distúrbios da saúde comunitária, divulgar essas informações e, com base nelas, juntamente com a população, cobrar providências do Estado”*.

#### **Quarto seminário: sexualidade na medicina, tema proibido mas sempre confessado**

O tema da relação entre medicina e normatização da sexualidade é um tema difícil para o estudante de medicina em geral, embora ocupe um espaço crucial em sua prática e na futura relação médico-paciente. Ele foi estrategicamente guardado para o final do curso, na medida em que se trata de um assunto que exige o desenvolvimento de cumplicidades, para que se possa estabelecer a interlocução, e não a esquivia. Na primeira versão deste seminário, foi feito uso dos conceitos oferecidos ao longo do curso para análise, e foram discutidas a construção cultural da diferença entre os sexos e a patologização da sexualidade, numa tentativa de mostrar o papel normatizador da medicina na produção de subjetividades e na prática sexual dos indivíduos. De modo geral este seminário tem sido, um trabalho árduo e a perspectiva biologizante que prevalece, tem dificultado a compreensão do componente social e cultural determinantes na produção de conhecimento e na prática da medicina. As relações de poder que permeiam os papéis sexuais em nossa sociedade tem avivado, em alguns alunos, de forma indelével, o cientificismo, onde o saber biológico apresenta-se como ideologia de dominação. Um aluno, por exemplo, assim externou sua opinião: *“Acho que, por mais que as mulheres tentem se igualar aos homens em relação às coisas sexuais, jamais elas conseguirão, pois os seres humanos são animais como os outros e, por mais que as fêmeas se eduquem e ganhem cada vez mais recursos culturais em relação aos machos, elas jamais alcançarão a igualdade [...] sobretudo referente à sexualidade; pois ao macho foi imposto pela natureza a missão de fecundar um número cada vez maior de fêmeas e assim garantir a preservação da espécie”*.

Felizmente, esse tipo de apreciação não foi e não tem sido consensual. Trazemos, para finalizar, a ensaística de outro aluno: *“Convém reforçar a linha divisória entre masculinidade x feminilidade e homem-mulher. Dou ênfase ao uso do “x”, de versus, e ao hífen ligando homem e mulher pois enquanto tanto o “masculino” como o “feminino” correspondem a características mais ou menos estereotipadas, como papéis numa peça de teatro, homem e mulher são PESSOAS. Somos pessoas! E isto quer dizer que somos, necessariamente, multifacetados. Englobamos não um ou dois papéis diametralmente opostos, mas toda uma infirmitude de personagens, cada um com sua participação em sua deixa, enriquecen-*

*do o espetáculo do dia a dia da vida.” E mais à frente: “Numa dessas aulas surgiu a imagem de um mundo interior como uma esfera, em que cada ponto infinito corresponde a uma característica, a uma face. Ora, a esfera não conhece lados isolados, ou pólos, no entanto posso traçar arbitrariamente reta e pontos diametralmente opostos. Eles não estão em conflito por si, apenas a minha arbitrariedade (cultural) é capaz de colocá-los em oposição; pois que a esfera gira no espaço, em todas as direções, sem um referencial. A cultura assume o papel de referencial, então. Mais precisamente a incorporação pessoal, subjetiva, de certos aspectos da cultura, pois esta também é multifacetada — graças à Deus!”*

Através da singela contribuição dos seminários desta disciplina, deu-se (e dá-se) o convite ao diálogo e ao encontro dos estudantes com suas idéias e sentimentos.

## **APÊNDICES**





## BIBLIOGRAFIA DO CURSO

### PRIMEIRO BLOCO

#### Leitura obrigatória

- FEYERABEND, P. – Cap. I, II, III; *Contra o método*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1985.
- KUHN, T. – A função do dogma na investigação científica. In: DIAS, J.(org.) *A crítica da ciência*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.
- POPPER, K. – Cap. I; *Conjecturas e refutações*. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1994.

#### Leitura complementar

- BOURDIEU, P. O. – O campo científico. In: ORTIZ, R.(ed.) Pierre Bourdieu. *Coleção Grandes Cientistas Sociais nº39*. São Paulo: Ática, s/d.
- CAMARGO, K. – *As ciências da AIDS e a AIDS das ciências*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.
- FINOCCHIARO, M. A. P. – Cap. VIII, IX; *Galileu and the art of reasoning*. London: The Reipel Publishing Co., 1992.
- KNELLER, G.F. – Das conjecturas aos paradigmas. In: *A ciência como atividade humana*. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.
- KUHN, T. – *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1982.
- POPPER, K. – A lógica da investigação científica. In: *Coleção Os Pensadores*. São Paulo: Abril, 1974.

### SEGUNDO BLOCO

#### Leitura obrigatória

- CANGUILHEM, G. – Introdução, Cap. 1. *O normal e o patológico*. São Paulo: Forense, 1990.
- MAUSS, M. – As técnicas do corpo. In: *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: EDUSP, 1981.

ROCHA PINTO, P. G. H. – *Práticas acadêmicas e o ensino médico*. Rio de Janeiro: UFF. Mimeo, 1995.

#### Leitura complementar

- CANGUILHEM, G. – *Ideologia e racionalidade nas ciências da vida*. Lisboa: Ed. 70, 1977.
- EDLER, F.C. – Cap. III; In: *As Reformas do Ensino Médico e a Profissionalização da Medicina na Corte do Rio de Janeiro: 1854/1884*. São Paulo: USP. Mimeo, 1992.
- FOUCAULT, M. – *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1987.
- \_\_\_\_\_. *O nascimento da clínica*. São Paulo: Forense, 1986.
- FREYRE, G. – *Médicos, doentes e contextos sociais*. Rio de Janeiro, 1983.
- Le GOFF, J. (org.) – *As doenças têm história*. Lisboa: Terramar, s.d.
- LEVI-STRAUSS, C. – A eficácia simbólica. In: *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1985.
- LUZ, M.T. – *Natural, racional, social*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- SOUZA, A.T. – *Curso de história da medicina*. Lisboa: Calouste Gulbenkian, 1981.
- STARR, P. – *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de America*. México: Fondo de Cultura Económica S.A., 1991.

### TERCEIRO BLOCO

#### Leitura obrigatória

- FOUCAULT, M. – O nascimento do hospital. In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- LUZ, M. T. – A disciplina das doenças e a razão social; categorias médico-sociais no século XIX e Razão médica e razão política: mecanicismo organicista x vitalismo homeo-

patata no século XIX. In: *Natural Racional Social – Razão médica e racionalidade científica moderna*. São Paulo: Ed. Campus, 1988.

#### Leitura complementar

COE, R. – *Sociologia de la medicina*. Madrid: Alianza, 1973.

EDLER, F. C. – Ciência como redenção: os novos rumos da profissionalização. In: *As reformas do ensino e a profissionalização da medicina na corte do Rio de Janeiro 1854-84*. Tese de mestrado apresentada ao Departamento de História. São Paulo: USP, mimeo, 1992.

FREIDSON, E. – *La profesión médica*. Madrid: Ed. Peninsula, 1977.

STARR, P. – *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de America*. México: Fondo de Cultura Económica S.A., 1991.

SCHRAIBER, L. B. – Representação e Prática – A Construção da Autonomia. In: *O médico e o seu trabalho*, São Paulo: Hucitec, 1993.

#### QUARTO BLOCO

##### Leitura obrigatória

COSTA, J. F. – Introdução, Capítulo VI. In: *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

FOUCAULT, M. – Nós, vitorianos. In: *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

##### Leitura complementar

ALENCAR, J. – *Diva*. Rio de Janeiro: Letras e Artes, 1964.

ARIÈS, P. e BÉJIN, A. (orgs.) – *Sexualidades Ocidentais: contribuições para a história e para a sociologia da sexualidade*. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1985.

ARIÈS, P. – *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

BOBBIO, N. – *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOLTANSKI, L. – Cap. I; In: *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

COSTA, J. F. – Homoerotismo diante da AIDS". In: PARKER, R. et alii. (org.). *A AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ABIA/IMS/UERJ, 1994.

DIXON-MUELLER, R. – Objective and subjective dimensions of the right to health. In: *Population policy and women's rights – transforming reproductive choice*. London: Praeger, 1993.

DONZELOT, J. – *A polícia das famílias*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

BARSTED, L. L.; BOSCHI, S.; ALVES, B. M.; PITANGUY, J.; RIBEIRO, M. (org.) – *Espelho de Vênus – identidade social e sexual da mulher*. São Paulo: Brasiliense, 1981.

HEISE, L.; PITANGUY, J.; GERMAIN, A. – *Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud*. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Washington: OPAS/OMS/Banco Mundial, 1994.

LAMAS, M. (org.) – Cuerpo y política. In: *Revista Debate Feminista*. Ano 5, vol. 10. México: setembro, 1994.

MARTIN, E. – Science as a cultural system. In: *The woman in the body*. Boston: Beacon Press, 1978.

PATTERSON, O. – *Freedow in the making of the western culture*. USA: Harper Collins Publishers, 1991.

PITANGUY, J. – Feminist politics and reproductive rights: the case of Brazil. In: SEN, G. e SNOW, R. C. – *Power and decision – the social control of reproduction*. Harvard Center for population and development studies. Boston: Harvard Press, 1994.

ROUSSELLE, A. – *Pornéia*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

## AUTORES CITADOS<sup>1</sup>

- Ambrósio – Bispo de Milão, mestre de Santo Agostinho. Sua autoridade assegurou que o cristianismo católico fosse dominante entre a classe governante do Império Romano ocidental e suas idéias influenciaram o modelo de idéias medievais sobre as relações Igreja-Estado (339-397).
- Aristóteles – filósofo e mestre grego, escreveu extensos tratados sobre as constituições gregas e realizou investigações sobre história natural (384-322 AC)
- Arquimedes – matemático e físico, descobridor do *princípio de Arquimedes*, determinou as leis de equilíbrio da alavanca, sendo autor da frase *Dê-me um ponto de apoio que ergo o mundo* (287-212 AC)
- Bacon, Francis – filósofo e homem de Estado inglês (1561-1626)
- Boyle, Robert – físico e químico irlandês, estabeleceu de forma clara o conceito de elemento químico, combatendo os elementos alquimistas e aristotélicos (1626-1691)
- Bretonneau, Pierre – médico francês, criou a doutrina da especificidade para as doenças infecciosas (1778-1862)
- Broussais, François-Joseph – médico francês, concebeu a *medicina fisiológica* (1772-1838)
- Copérnico, Nicolau – astrônomo polonês, descobriu o duplo movimento de rotação e translação dos planetas (1473-1543)
- Corvisart Jean – médico francês, foi médico de Napoleão I (1755-1821)
- Darwin, Charles – naturalista e biólogo inglês, responsável pela criação da moderna teoria da evolução (1809-1882)
- Einstein, Albert – físico e matemático alemão naturalizado norte-americano, desenvolveu a teoria da relatividade (1879-1955)
- Franklin, Benjamin – físico e filósofo norte-americano, demonstrou a identidade entre o raio e a eletricidade, inventor do pára-raios (1706-1790)
- Freud, Sigmund – psiquiatra austríaco, fundador da psicanálise, desenvolveu estudos pioneiros sobre o inconsciente humano e suas motivações (1856-1939)
- Galeno, Claudio – médico grego, escreveu importantes tratados sobre suas descobertas em anatomia feitas a partir da dissecação de animais (130-200)
- Galileu Galilei – matemático, físico e astrônomo italiano, construiu uma luneta astronômica e, apoiado nos estudos de Tycho Brahe e Copérnico, produziu o questionamento definitivo da teoria de Ptolomeu, de que a Terra era o centro do cosmos (1564-1642)
- Heidegger, Martin – filósofo alemão, pesquisou sobre a ontologia existencial; em um momento de sua vida defendeu o nazismo (1889-1976)
- Hobbes, Thomas – cientista político inglês (1588-1679)
- Husserl, Edmund – filósofo, líder do movimento fenomenológico alemão (1859-1938)
- Jaspers, Karl – filósofo político alemão, dialogou com a teoria fenomenológica de Heidegger e Husserl, foi um dos principais representantes do existencialismo e mestre de Hannah Arendt (1883-1969)
- Jerônimo – traduziu a Bíblia para a língua latina, produzindo assim a chamada *Vulgata* (347-420)
- Juliano Decano – Imperador Romano (331-363)
- Kreaplin, Emil – psiquiatra alemão, desenvolveu as primeiras pesquisas relacionadas ao estudo da ação das drogas no organismo e seu

<sup>1</sup> Como contribuição, trazemos lista e pequena 'bio data' sobre autores e/ou cientistas citados nos textos, que não constam na bibliografia. (N. da Ed.)

- efeito sobre o comportamento humano, fez a classificação das psicoses (1856-1926)
- Lacan – psiquiatra e psicanalista francês, mobilizou uma releitura de Freud, transferiu o foco da teoria psicanalítica do psicologismo para o campo da linguagem; suas idéias foram básicas para Foucault e para Gayle Rubin, antropóloga norte-americana que desenvolveu a teoria de gênero (1901-1981)
- Laennec, René – médico francês, descobriu o método da auscultação (1781-1826)
- Lavoisier, Antoine Laurent de – grande químico francês, um dos criadores da química moderna, derrubou a teoria de Flogisto provando a lei da conservação da massa (1743-1794)
- Locke, John – médico e filósofo inglês, escreveu sobre política e pedagogia, rejeitou as idéias inatas para colocar a fonte do conhecimento na experiência (1632-1704)
- Maquiavel, Nicolau – estadista e historiador italiano, escreveu sobre teoria do Estado, moral e política, autor d' *O Príncipe* (1469-1527)
- Newton, Isaac – matemático, físico, astrônomo e filósofo inglês, desenvolveu o princípio matemático da filosofia natural (1642-1727)
- Pinel, Philippe – médico francês, revolucionou o tratamento psiquiátrico rejeitando os métodos violentos como os choques elétricos e a lobotomia (1745-1826)
- Plank, Max – físico alemão, criador da teoria dos Quanta (1858-1947)
- Platão – filósofo grego, discípulo de Sócrates e mestre de Aristóteles (428-348 AC)
- Rortry – filósofo norte-americano, escreveu *A filosofia é o espelho da natureza* (contemporâneo)
- Rousseau, Jean-Jacques – filósofo político, sociólogo e pedagogo, escreveu *O Contrato Social*, texto máximo da modernidade democrática, revolucionou as idéias em política e educação, inspirou os ideais da Revolução Francesa e o Romantismo (1712-1778)
- Santo Agostinho – filósofo e teólogo argelino, foi convertido ao cristianismo quando de sua viagem a Milão onde encontrou-se com Santo Ambrósio, tornou-se um dos maiores pensadores da Igreja Católica fazendo uma junção entre o platonismo e a religião, teve grande influência sobre a teologia ocidental (354-430)
- Sófocles – poeta e dramaturgo grego, autor de famosas tragédias como *Electra* e *Édipo Rei* (495-406 AC)
- Tertuliano – pensador nascido em Cartagena, apologista do Cristianismo (155-220)
- Tales de Mileto – matemático, filósofo e astrônomo nascido em Mileto (Ásia Menor), fundador da geometria das linhas, dividiu o ano em 365 dias (640-546 AC)
- Trousseau, Armand – médico francês, autor do *Tratado de Terapêutica* (1801-1867)

Adolpho Hoirisch  
Prof. Titular - Dept<sup>o</sup> Psiquiatria e Medicina Legal  
UFRJ

Alberto Oliva  
Prof. Adjunto - Dept<sup>o</sup> de Filosofia - UFRJ  
Alicia Navarro de Souza  
Prof<sup>a</sup> Assistente - Dept<sup>o</sup> de Psiquiatria e  
Medicina Legal - UFRJ

Benilton Bezerra  
Prof. Adjunto - IMS - UERJ  
Eustáquio Portella Neves  
Prof. Titular - Dept<sup>o</sup> de Psiquiatria e  
Medicina Legal - UFRJ

Flavio Coelho Edler  
Pesquisador da Casa de Oswaldo Cruz -  
FIOCRUZ

Jacqueline Pitanguy  
Diretora da CEPIA

Jane Russo  
Prof<sup>a</sup> Adjunto do Instituto de Psiquiatria - UFRJ

Jorge Scarpilão  
Prof. Adjunto - Dept<sup>o</sup> Gineco. / Obstetria - UFRJ  
Jurandir Freire Costa  
Prof. Titular - IMS - UERJ

Leticia Legay Vermelho  
Prof<sup>a</sup> Adjunto - NESC - UFRJ  
Luciana Sarmiento Garbayo  
Pesquisadora da Cepia

Madel Teresinha Luz  
Prof<sup>a</sup> Titular IMS - UERJ

Maria Helena Machado  
Prof<sup>a</sup> ENSP - FIOCRUZ

Pedro Gabriel Delgado  
Prof. Adjunto - Dept<sup>o</sup> de Psiquiatria e  
Medicina Legal - UFRJ

Paulo Gabriel Hill da Rocha Pinto  
Mestrando - IMS - UERJ

Regina Helena S. Barbosa  
Prof<sup>a</sup> Assistente - NESC - UFRJ  
Rodolpho Rocco

Prof. Titular - Dept<sup>o</sup> de Clínica Médica - UFRJ

#### Coordenação

Alicia Navarro de Souza  
Rodolpho Rocco  
Jacqueline Pitanguy

#### Coordenação de seminários

Luciana Sarmiento Garbayo

#### Clientes

Alunos do ciclo profissional e do ciclo  
básico do curso médico da UFRJ.

O Certificado será fornecido aos alunos  
que tiverem 75% de presença.

Faculdade de Medicina da Universidade  
Federal do Rio de Janeiro e  
Cepia

### CURSO DE EXTENSÃO Saber Médico, Corpo e Sexualidade Humana



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
FACULDADE DE MEDICINA



Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação

#### CURSO DE EXTENSÃO

### Saber Médico, Corpo e Sexualidade Humana

#### Objetivo e proposta

A Faculdade de Medicina da UFRJ e a  
CEPIA pretendem com esta iniciativa  
fornecer aos alunos do curso médico  
subsídios para a elaboração de uma  
percepção crítica de seu conhecimento,  
tendo em perspectiva a construção social  
do corpo e da sexualidade. Para tanto,  
utilizaremos a reflexão feita pelas ciên-  
cias humanas sobre o campo médico, no-  
tadamente pela história da medicina,  
epistemologia, sociologia e antropologia  
do conhecimento.

*Aula Inaugural:* Apresentação do Curso  
de Extensão 14/03  
Jacqueline Pitanguy, Alicia Navarro de  
Souza e Rodolpho Rocco

#### 1<sup>o</sup> Bloco - Método Científico

Introdução às principais discussões  
acerca da natureza, propósitos e proce-  
dimentos do "método científico" e suas  
relações com o conhecimento médico.

- *Crítica à universalidade do conceito  
de método* - Alberto Oliva 14/03
- *Do contexto de justificação ao contex-  
to de descoberta: a função do dogma* -  
Flavio Edler / Alicia N. de Souza 21/03
- *Perspectivas epistemológicas con-  
temporâneas: os novos paradigmas* -  
Alberto Oliva / Eustáquio Portella 28/03
- *Seminário* 11/04

#### 2<sup>o</sup> Bloco - Constituição do Saber Médico

Exame crítico dos pressupostos teóricos  
e sociais do saber médico numa pers-  
pectiva histórica.

- *Normal e Patológico, do Vitalismo ao  
Mecanicismo* - Benilton Bezerra /  
Adolpho Hoirisch 18/04
- *A construção social do corpo: a desna-  
turalização de um pressuposto médico*  
Jane Russo 25/04

Ensino médico e formação da identidade  
profissional: uma perspectiva histórica -  
Flavio Edler / Paulo Gabriel Hill da  
Rocha Pinto 02/05  
• *Seminário* 09/05

#### 3<sup>o</sup> Bloco - Medicina e Sociedade

O processo de transformação das práti-  
cas médicas.

- *A Profissionalização da Medicina: es-  
paços institucionais* - Madel Luz 16/05
- *Avaliação e perspectivas do mercado  
de trabalho médico* - Maria Helena  
Machado / Rodolpho Rocco 23/05
- *Cidadania, saúde e ética médica* -  
Jacqueline Pitanguy / Pedro Gabriel  
Delgado 30/05
- *Seminário* 13/06

#### 4<sup>o</sup> Bloco - Corpo, Sexualidade e Saber Médico

Saber médico, normatização e controle  
do corpo humano.

- *A Medicina como projeto social: o  
controle do corpo* - Jurandir Freire  
Costa / Leticia Legay Vermelho 20/06
- *Sexualidade e Gênero na Medicina* -  
Jacqueline Pitanguy / Regina Helena  
S. Barbosa 27/06
- *Seminário* 04/07

Data: 14/03/96 a 04/07/96

Local: HUCFF - Auditório 10E19

Horário: quintas-feiras - 12:30 às 14:00h



## SABER MÉDICO, CORPO E SOCIEDADE

*Anotações preliminares para os seminários*

“Bem-vindo(a) à disciplina *Saber Médico, Corpo e Sociedade*. Como você já deve estar intuindo (senão, vai perceber logo, ao longo do semestre), este é um curso diferente dos demais no currículo médico. E é assim por vários motivos que podemos discutir, mas inicialmente, podemos caracterizar a sua diferença de um modo mais geral por dois grandes blocos de elementos: 1 - pelo tipo de conteúdo abordado; 2 - pela abordagem empregada no processo de ensino-aprendizagem. Vejamos então *porque*:

**Primeiro**, o conteúdo abordado é de ordem *auto-reflexiva*. Para melhor explicar, neste curso temos o objetivo de nos debruçarmos sobre a nossa própria forma de *percebermos o mundo* e principalmente de *produzirmos conhecimento*, para só então tentarmos entender as sutilezas que marcam e eventualmente determinam a nossa intervenção em nosso campo profissional. Trata-se do esforço de tornar claras para nós as limitações de nossa abordagem aos problemas da área médica, ao invés de omitirmos as nossas dificuldades. Via de regra, é exatamente a consciência delas que nos permite aperfeiçoar as nossas respostas aos mais variados problemas. Neste sentido, o instrumento que nos parece adequado para chegarmos a fazer isso é a introdução de determinados conceitos e abordagens, oriundos das ciências humanas e da filosofia. Conceitos são como que ferramentas para o pensamento se desenvolver, por isso vamos poder testar vários deles neste curso para tentar propor um abordagem construtiva aos nossos desafios profissionais. Significativamente, você provavelmente está entrando no ciclo profissional agora e estará muito em breve colocando em xeque o que aprendeu, a sua utilidade, etc e também deslocando o seu eixo de interesse de um pensar em termos físiopatológicos, bioquímicos, histológicos, biofísicos, ... , para tentar se aproximar de uma forma de pensar adequada à prática clínica propriamente dita, à abordagem da pessoa do doente em seu contexto específico. Neste momento, é natural que você se pergunte: como fazer confluir tantos saberes e perspectivas diferentes para constituir meu perfil médico? É aqui que acreditamos que o conteúdo auto-reflexivo sugerido pelo curso possa ajudar e muito no seu processo de constituição. Vamos ver como avaliamos isso no final do semestre!

**Segundo**: a abordagem da relação *ensino-aprendizagem privilegia a dimensão dialogal do aprendizado*. De fato, um curso que se propõe a explicitar os problemas que surgem da socialização em um certo modelo de ensino médico (como vocês vão ver), deve buscar também superar as próprias deficiências por ele apontadas. Assim, a idéia básica de ensino-aprendizagem em vigor aqui é que este é um curso *horizontalizado*, em que vocês serão considerados interlocutores na produção da própria disciplina. Para isso, a postura proposta para participar nele é sua *atitude crítica*. Em outras palavras, este curso quer favorecer o desenvolvimento do espírito crítico em cada aluno, entendido como o exercício de *um modo de pensar não-dogmático*, ou seja, que *explicita seus pressupostos, apresenta as suas justificativas e mantém um caráter aberto e provisório*. Esta postura será muito útil mais tarde para todos, visto que médicos são, sobretudo, profissionais treinados para tomar decisões difíceis, por vezes controversas, em geral com pouca informação disponível e tempo limitado. Por este motivo, devem ter um senso crítico aguçado e estar prontos para reavaliar contextos quantas vezes for necessário e por quantos ângulos for preciso com grande eficiência. Soma-se a isto o fato de que, em nosso tempo, a oferta de informação é imensamente maior do que qualquer um de nós pode sequer pensar em ingerir, tornando fundamental a aquisição de critérios críticos de avaliação para podermos definir estrategicamente o que vamos ler, quando e porque.

Assim, os *seminários* foram a alternativa de trabalho pedagógico que melhor pareceu se ajustar a esta proposta crítica. Bem entendido que não falo dos seminários tradicionais que muitas vezes são pouco instrutivos, mas de uma *estrutura aberta* que valoriza o diálogo informado pela temática do curso. Deste modo, serão *quatro seminários* que atuarão como oportunidades de *integração do conhecimento* das três aulas de cada bloco. A proposta é a seguinte: cada bloco vai tratar de um universo de questões distintas que se somarão, ao final do semestre, como em um *crescendum*. As aulas e os textos não correspondem exatamente uns aos outros; melhor dizer que são complementares. Portanto, vamos construir nosso conhecimento aos poucos e de ambas as fontes, exatamente como em uma escultura, em que vamos vendo devagar surgir uma imagem, aqui e ali. O *passo limitante* do seminário é a *leitura* e o *estudo* atento dos textos. É este exercício que acredito que vá contribuir mais tarde para o aperfeiçoamento da leitura e da interpretação tanto dos textos médicos como dos contextos da área. Como são leituras algo difíceis — porque, de um modo geral, você não deve estar habituado(a) com uma certa linguagem e/ou abordagem características da área humana — elas vão dar um pouco de trabalho no início. Estarei, por este motivo, disponível todo o semestre para marcar horários à parte do curso para fazer estudos-dirigidos ou para oferecer qualquer tipo de auxílio ou esclarecimento a todos que solicitarem. (...)

Um abraço e até breve,

Luciana Garbayo  
Coordenadora dos Seminários



## ABSTRACT

In 1996, an innovative partnership between the NGO Citizenship Studies, Information, Action – CEPIA – and the Medical School of the Federal University of Rio de Janeiro – UFRJ – resulted in a new discipline, entitled *Medical Knowledge, The Body and Human Sexuality*. Since then, this course is being offered to medical students as a regular elective discipline, under the name of *Medical Knowledge, the Body and Society*.

The main purpose of this discipline, coordinated by Professors Alicia Navarro and Rodolpho Rocco, from UFRJ and Jacqueline Pitanguy from CEPIA is to provide the medical students with theoretical and methodological tools allowing them to understand how the concepts of health and disease are mediated by cultural, social and economical factors as well as to acknowledge the role that variables such as social class, gender, race and ethnicity, play in the medical practice.

This is a multidisciplinary course, structured with the contribution of other areas such as philosophy, sociology, anthropology, and organized in four blocs: Scientific Method, the Constitution of the Medical Knowledge, Medicine and Society, Medicine, Sexuality and the Body. Each bloc has four classes and a seminar.

Two main factors have contributed to make this experience possible. On one hand, the reform of UFRJ Medical School curriculum, implemented along the nineties, led to more flexibility, favoring the interdisciplinary approach and introducing elective disciplines. On the other, understanding the crucial role that health professionals play in the effective implementation of holistic health programs with a gender perspective, since the eighties, the women's movement has been establishing communication channels with these professionals, particularly with physicians. CEPIA, working on health and human rights, with a gender perspective, considered most important to invest on medical education, calling attention to the issues of power and gender which mediate medical practice.

The main purpose of this book is to share this dialogue between medicine, power, inequality, sexuality and human rights with other universities and with social movements which are enlarging the meaning of democracy and citizenship rights in our society.

Diretoria da CEPIA

*Jacqueline Pitanguy*

*Leila Linhares Barsted*



A CEPIA é uma entidade civil, sem fins lucrativos, voltada para a execução de projetos, que contribuam para o fortalecimento da cidadania, especialmente nos setores que, na história do nosso país, vêm sendo tradicionalmente excluídos de seu pleno exercício.

Neste sentido, a CEPIA desenvolve estudos, pesquisas, bem como projetos de intervenção social com a preocupação de difundir seus resultados, compartilhando-os com amplos setores da sociedade.

A CEPIA tem privilegiado, em sua atuação, as áreas de saúde, meio ambiente, violência, direitos humanos, pobreza e trabalho, estabelecendo vínculos preferenciais com mulheres e populações marginalizadas.

A CEPIA atua, também, na avaliação e acompanhamento do impacto de políticas públicas.



**cepia**

Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação

Rua do Russel 694/201 Glória 22210-010  
Tel./Fax (021) 558-6115/205-2136 Rio de Janeiro RJ Brasil  
E-mail: [cepia@ax.apc.org](mailto:cepia@ax.apc.org)