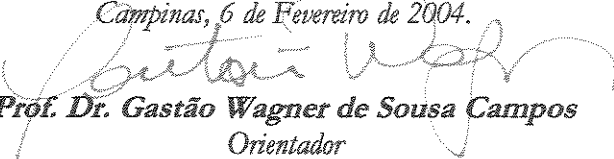


CHARLES DALCANALE TESSER

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva.

Campinas, 6 de Fevereiro de 2004.


Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos
Orientador

***EPISTEMOLOGIA CONTEMPORÂNEA E SAÚDE:
A LUTA PELA VERDADE E AS PRÁTICAS TERAPÊUTICAS***

CAMPINAS

2004

**UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE**

CHARLES DALCANALE TESSER

***EPISTEMOLOGIA CONTEMPORÂNEA E SAÚDE:
A LUTA PELA VERDADE E AS PRÁTICAS TERAPÊUTICAS***

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para a obtenção do título de
Doutor em Saúde Coletiva*

ORIENTADOR: GASTÃO W. DE S. CAMPOS

CO-ORIENTADORA: MADEL T. LUZ

CAMPINAS

2004

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	T285e
V	EX
TOMBO BC/	59222
PROC.	16 - 117-04
C	☐
D	☒
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	28/07/04
Nº CPD	

CM00200729-9

BIB ID 317960

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

T285e

Tesser, Charles Dalcanale

“Epistemologia contemporânea e saúde: a luta pela verdade e as práticas terapêuticas” / Charles Dalcanale Tesser. Campinas, SP : [s.n.], 2003.

Orientadores : Gastão Wagner de Souza Campos, Madel Therezinha Luz

Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Medicina - prática. 2. Saúde pública. 3. Medicina alternativa.
I. Gastão Wagner de Souza Campos. II. Madel Therezinha Luz. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
IV. Título.

Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

Membros:

1. Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

2. Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Júnior

3. Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

4. Prof. Dr. Marcos de Souza Queiroz

5. Prof. Dr. Nelson Filice de Barros

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 06/02/2004

*Dedico este trabalho à Simone
e a todas as crianças de hoje:
que vivam num mundo com melhores “curandeiros”*

*À
Dona Glorinha, uma “curandeira” popular, e
Mestre Liu Pai Lin, um “curandeiro” douto,
professores sem os quais este trabalho não teria sido.
(em memória)*

Agradeço:

Ao Gastão e à Madel, valiosos orientadores que permitiram e estimularam esta empreitada temerária.

Ao CNPq, pelo apoio financeiro, crucial para a realização deste trabalho.

Aos “curandeiros” vários, científicos e não-científicos, cuja existência e eficácia foram motivadores deste estudo, particularmente a alguns que se tornaram amigos e companheiros de jornada.

Aos (meus) pacientes, princípio e fim deste trabalho.

À Ana Cláudia, pelo amor, companheirismo e paciência.

	PÁG.
RESUMO.....	<i>xv</i>
ABSTRACT.....	<i>xix</i>
NOTA DE ADVERTÊNCIA.....	<i>xxiii</i>
INTRODUÇÃO.....	25
Apresentação.....	27
Da prática à filosofia e a volta: um pulo apenas imaginário.....	31
Os pontos intocáveis.....	36
Objetivos.....	42
Estratégias metodológicas.....	43
CAPÍTULO 1- Idéias de alguns epistemólogos contemporâneos: de Popper aos anti-heróis da epistemologia.....	53
Introdução.....	55
Popper e o falseacionismo.....	56
Kuhn: as revoluções e a ciência normal em cena.....	62
Lakatos e os programas de pesquisa científica.....	70
Feyerabend: uma epistemologia e um relativismo democráticos.....	77
A epistemologia de Ludwik Fleck.....	93
Maturana e a biologia do conhecer.....	107
Latour: para entender a opção não-moderna.....	116
CAPÍTULO 2- A pesquisa e o ensino em saúde, a clínica e a saúde coletiva: reflexões.....	135
Introdução.....	137
O problema da demarcação.....	138

A universalidade e a objetividade.....	184
A metodologia.....	202
A relação com a experiência.....	229
A verdade.....	250
A relação com valores e modos de vida.....	268
A relação com o poder social.....	291
CAPÍTULO 3- Algumas sínteses para novos começos: Esboço de um enfoque epistemológico em saúde.....	297
Introdução: A epistemologia hegemônica na saúde.....	299
Tendências nascentes.....	307
A superação do positivismo representacionista.....	307
A construção de uma epistemologia co-construtivista.....	311
Os sujeitos como centro do saber: o homem no meio da cena.....	316
O senso comum e a ciência.....	326
As tradições.....	330
As tradições via Feyerabend.....	332
Coletivos com estilos de pensamento como tradições.....	334
APÊNDICES.....	345
Apêndice 1- Uma hipertensão resistente ou uma deficiência de energia relacionada ao “baço”?.....	347
Apêndice 2- Três medicinas como tradições de cura: biomedicina, homeopatia e medicina tradicional chinesa.....	367
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	383



RESUMO

Vários dilemas relacionais, éticos e terapêuticos da atenção à saúde biomédica estão relacionados com aspectos da epistemologia hegemônica aplicada na saúde, baseada num ideário positivista, cartesiano, representacionista e mecanicista, proveniente da física clássica. Esse ideário também dificulta o relacionamento da biomedicina com os curadores não-científicos. Todavia, autores contemporâneos têm introduzido mudanças na epistemologia das ciências naturais, que, por hipótese, podem contribuir para amenizar ou solucionar alguns desses dilemas.

O trabalho consistiu do estudo, discussão e apresentação de sete autores representativos dessas mudanças, a saber, Popper, Lakatos, Kuhn, Fleck, Feyerabend, Maturana e Latour (capítulo 1); uma reflexão sobre os possíveis desdobramentos dessas novas idéias epistemológicas na área da saúde (ensino e pesquisa, clínica e saúde coletiva) (capítulo 2); o delineamento de tendências extraídas desses autores e o esboço de um enfoque epistemológico neles baseado (capítulo 3).

Como resultado, três tendências epistemológicas despontaram: a superação do positivismo mecanicista na saúde, a construção de uma nova visão epistemológica dita “co-construtivista” - em que a realidade é vista como co-construída pelos sujeitos em interação com o mundo - e a reposição do homem, seus coletivos e sua vida no centro da cena epistemológica. Isso, aplicado à saúde, mostra-se facilitador de mudanças na relação dos terapeutas com o saber biomédico e seus limites, e indutor de melhorias no relacionamento da biomedicina com os pacientes e com os curadores não-científicos.

Ao final, derivada do enfoque co-construtivista, é proposta uma combinação da noção de “tradição”, de Feyerabend, com as idéias de estilo e coletivo de pensamento de Fleck e com visão não-moderna de Bruno Latour, para o reconhecimento, estudo e aplicação de medicinas ou racionalidades médicas distintas de forma simétrica, sem adesão *a priori* a uma delas. A partir dessa combinação é possível reconhecer estruturas sócio-cognitivas especializadas de saber/prática em saúde-doença (“tradições de cura”) portadoras, por hipótese, de eficácia, passíveis de estudo, comparação e oferta como recurso terapêutico à população. Nessa proposta, a biomedicina é uma dessas tradições de cura.



ABSTRACT

Several relational, both ethical and therapeutical dilemmas of the attention to biomedical health are related to certain aspects of the hegemonic epistemology in healthcare, which is based on a positivist, Cartesian, representational and mechanical ideal, deriving from classical Physics. This ideal also renders difficult the relationship between biomedicine and the non-scientific healers. Nonetheless, contemporary authors have introduced some changes in the natural sciences epistemology, that, hypothetically, may contribute to soften or solve some of these dilemmas.

This work consists in the study, discussion and presentation of seven authors who are representative of these changes, i.e, Popper, Lakatos, Kuhn, Fleck, Feyerabend, Maturana and Latour (chapter 1); a reflection on the possible developments of these new epistemological ideas in the health field (teaching and research, clinic and collective health) (chapter 2); the outline of the tendencies extracted from these authors and a sketch of an epistemological focus based on them (chapter 3).

As a result, three epistemological tendencies emerged: the overcome of mechanical positivism in healthcare, the construction of a new epistemological view called “co-constructivist” and the replacement of the man, his collectives and his life in the centre of the epistemological scene. That, applied to healthcare, facilitates improvement in the relationship with patients and with the non-scientific healers, as well as in the relationship between the therapists and the biomedical knowledge and its limits.

Finally, a combination of Feyerabend’s notion of tradition with Fleck’s ideas of style and collective of thought and the non-modern view of Bruno Latour is proposed, for the acknowledgement, study and application of different medicines or medical rationalities in a symmetrical way, without a prior involvement with one of them. This combination permits to study and to offer for the patients therapeutics derived from different ‘cure traditions’, hypothetically, with efficacy. On this proposal, biomedicine is one of that ‘cure traditions’.

Nota de advertência

Este trabalho contém dois Apêndices localizados logo após o último capítulo, fora de sua localização habitual. Eles dialogam com, ilustram, aplicam e desenvolvem (embrionariamente) idéias importantes do texto. Por isso, sua leitura é essencial à compreensão do trabalho.



INTRODUÇÃO

Apresentação

Este estudo é ao mesmo tempo jovem e velho. Jovem porque fruto do fim do mestrado, quando descobri nas últimas leituras, por acidente, que fortes mudanças foram introduzidas na epistemologia das ciências naturais nas últimas décadas. No mestrado¹, abordei dificuldades e limites do conhecimento e da prática médica na atenção à saúde contextualizados no serviço público, sob uma perspectiva crítica da globalização da medicalização social ora em vigor.² Procurei analisar tais questões no cotidiano da atenção à saúde, indicando, ao final, diretrizes para a construção de uma prática desmedicalizante e para o enfrentamento dos limites do saber/prática dos médicos.

Baseado nos resultados do trabalho, em experiências clínicas e pessoais, na consistente expansão das práticas em saúde não-científicas e na leitura inicial das idéias epistemológicas de Feyerabend (1985, 1991), sugeri que uma estratégia interessante seria (estudar, praticar e) oferecer à população alternativas de tratamento não reconhecidas cientificamente. Nas palavras desse autor, é mais correto dizer que seria desejável uma separação da Ciência e do Estado, o que no setor saúde significaria separar os serviços de saúde da Ciência, ou seja, romper o monopólio que a Ciência tem sobre a oferta pública de atenção à saúde. Óbvio que, com isso, não se quer eliminar a Ciência. Por certo que a medicina científica não deve ser excluída do serviço público. A questão é que não há porque ela ser a única (o que inclusive hoje no Brasil já é diretriz do SUS, apenas muito pouco concretizada³). A continuidade da leitura das obras de Feyerabend e a hipótese de uma convergência dessas idéias heterodoxas com outros autores estudiosos da ciência e da epistemologia contemporânea foram algumas das razões do nascimento deste estudo.

Por outro lado, este projeto é velho porque nasceu de conversas distantes no tempo, há bem mais de uma década, quando eu, então estudante de medicina, fazia complicados diálogos com terapeutas e professores de uma medicina diferente e estranha, que buscavam ávidos o conhecimento científico que eu veiculava, enquanto se esforçavam

¹ Tesser (1999).

² Cf. Illich (1975).

³ Ver, por exemplo, diretrizes atuais em Brasil (2003).

para transmitir o conhecimento tradicional que eles viviam e veiculavam; no caso, da medicina tradicional chinesa.

O contato com uma medicina alienígena e o fato de eu ter me beneficiado pessoalmente dela de forma relevante geraram a possibilidade de uma dupla posição: olhar de perto, mas de fora, para a medicina chinesa, como um biomédico; e vice-versa. Pelos dilemas e difíceis situações daí decorrentes, uma busca surgiu: compreender as duas. Ou, mais ousadamente, procurar meios de compreensão e de articulação dessas e de outras artes, saberes e práticas de saúde. Ajudar a construir um diálogo e uma cooperação difíceis. Esta, a outra razão deste trabalho.

Dessas duas experiências, fundamentalmente, nasceu a idéia de investigar as tais mudanças recentes na epistemologia (de que Feyerabend é um exemplo) e verificar para onde me levariam. Averiguar se minhas suspeitas sobre a possibilidade de compreensão e convivência (ou conflito) de medicinas distintas se confirmavam; e, caso isso acontecesse, aplicar esses achados em situações clínicas reais e comuns, porém pouco compreendidas e comumente mal administradas.

Além disso, a minha experiência de trabalho médico generalista na atenção a grupos sociais pouco modernizados (populações de zona rural e urbana do interior paulista e da periferia de uma cidade grande) permitiu-me considerar de perto as dificuldades e complexidades culturais, práticas e terapêuticas da aplicação do conhecimento científico da clínica e da saúde pública, impulsionando-me para aprofundar a compreensão do significado dos saberes/práticas biomédicos e dos saberes/práticas tão díspares sobre saúde-doença que estão além das fronteiras da ciência, distribuídos desigualmente pelas gentes e suas tradições.

O acompanhamento, por vários anos, de pessoas diferentes cultural e socialmente trouxe à tona os meandros, complexidades e dificuldades do “curandeirismo” biomédico. Particularmente, com isso, quero salientar as dificuldades de construção e compartilhamento de representações, interpretação e práticas terapêuticas no cuidado preventivo e curativo dos problemas de saúde.

Durante esses anos, confrontado com a grande quantidade de pacientes e principalmente de crianças doentes, com quadros limítrofes ou mal definidos, para os quais o saber da biociência é precário e a prática da biomedicina, via de regra, dispõe apenas de orientações vagas e quimioterápicos sintomáticos, acabei conhecendo a medicina homeopática, na qual me iniciei pela porta dos fundos. Ou seja, conheci-a primeiro na prática, verificando sua eficácia empírica no dia-a-dia do posto de saúde, quando recorria a uma colega de profissão homeopata para discutir casos. Frente ao misterioso e, por vezes, paradoxal êxito dos tratamentos homeopáticos que observava não raramente, acabei realizando um curso de especialização nessa medicina, pela qual nunca nutria nenhuma simpatia prévia.

E eis que uma nova versão, em parte muito diferente, em parte semelhante à biomedicina, foi-me apresentada para a abordagem de problemas de saúde, cuja eficácia parecia-me real, ao mesmo tempo que suas explicações pareciam misteriosas e diferentes. As teorias e doutrinas homeopáticas sobre o adoecimento e a convalescência, frente à quase ausência de teoria e doutrina alopáticas, são suficientemente estranhas para que a tendência seja de aderir avidamente a elas ou rechaçá-las. De todo modo, o fato de exercitar ambas no mesmo serviço e, por vezes, nos mesmos pacientes, gerou necessidade de reflexão e estudo na busca de compreensão do que se faz em uma ou outra dessas medicinas.

Por outro lado, a vivência dentro da instituição pública (secretarias de saúde), como médico e sanitarista, também realçou dúvidas sobre o uso generalizado de tecnologias sanitárias preventivas e curativas, a divulgação massiva de saberes e a pressão institucional para enquadramento dos cidadãos e comunidades nas regras sanitárias e epidemiológicas. Essas práticas sanitárias interagem de forma complexa com a cultura, as representações e os saberes de variados tipos de pessoas comuns ou de especialistas em saúde-doença não-científicos. Isso também demandou interesse de melhor compreensão do significado dos saberes e de sua construção e aplicação.

A minha formação em medicina e em saúde coletiva pressionou-me, por outros motivos, na mesma direção. Chamava-me a atenção como saberes das ciências humanas (antropologia e sociologia), ao adentrarem o mundo da saúde, o faziam de forma curiosa, deixando a excelência e arrogância epistemológica da medicina científica intocadas.

Também me chocava a forma como eu percebia a epidemiologia, disciplina que fornece legitimação científica para os fatos médicos. Ela parecia calar frente a tudo o que se passava para além do rigor dos textos e dos trabalhos científicos, particularmente quanto à transposição de achados epidemiológicos e do resultado de ensaios clínicos para a prática clínica e de saúde pública. Ficava sempre a impressão de que uma grande parte dessa história não era contada, não era discutida, não era nem mesmo mencionada.

A própria negação da história levada a cabo pela tradição médica científica inquietava-me: parecia a mim inexplicável a ausência quase sistemática do passado. Quando este era mencionado, só o era através do mecanismo de explicar todo o passado como erro ou como precursor da excelência do presente.

O ambiente do ensino e da pesquisa médica, com o qual convivi na universidade, e onde pude trabalhar um pouco foram, também, motivações para o desenvolvimento deste estudo, no sentido de procurar contribuir para uma renovação do ensino e do relacionamento com o saber e sua construção/aplicação, principalmente aquele que é ensinado pelo exemplo e pela prática, sem ser tematizado explicitamente.

O tema deste trabalho, portanto, versa inicialmente sobre a epistemologia contemporânea, a pesquisa em saúde, a clínica e a saúde coletiva. Ou sobre o que uma parte recente dessa epistemologia teria a dizer sobre as medicinas e os doentes, incluindo aí a saúde coletiva e a biomedicina.

As idéias e teses discutidas aqui encontram-se propostas em áreas reflexivas da Ciência, tais como a epistemologia, a sociologia e a antropologia da ciência contemporâneas, e, embora polêmicas, são mais ou menos aceitas nos seus respectivos “feudos” especializados. Entretanto, são pouco conhecidas no restante dos “feudos científicos vizinhos”. Se alguma originalidade há aqui, trata-se da reunião, da articulação, da apresentação e da aplicação dessas idéias à saúde.

A nova visão epistemológica contemporânea alteraria em muito as posturas, o relacionamento com os saberes e as práticas em saúde de todos os tipos, as questões éticas, as metodologias de pesquisa clínica, os primados teórico-filosóficos, os dilemas

tecnológicos e relacionais vividos pelos terapeutas e sanitaristas da tradição científica, particularmente os médicos? Modificaria o relacionamento com os saberes/práticas em saúde especializados não-científicos? Quais as contribuições possíveis das novas perspectivas epistemológicas para os desafios atuais da atenção à saúde?

São questões deste tipo que serão tratadas e discutidas, sem, é claro, a pretensão de esgotá-las. Ao contrário, pretendo contribuir para a ampliação de um debate que parece ser ainda incipiente, embora crescente, na saúde.

Da prática à filosofia e a volta: um pulo apenas imaginário

Pode parecer esquisito ou temerário relacionar idéias filosóficas ou epistemológicas com a prática em saúde, particularmente com a prática clínica, e pior ainda, com a prática sanitária. Alguém poderia dizer que a epistemologia pouco teria a dizer sobre a medicina ou a prática sanitária, pois esses são universos heterogêneos, complexos, onde se mesclam saberes, interesses, poderes, atores, culturas, técnicas, práticas e razões pragmáticas da vida cotidiana. Esse mundo “real” estaria longe da pureza teórica das idéias filosóficas. E ainda mais longe, talvez, das idéias epistemológicas discutidas nas últimas décadas do século XX, as quais, segundo alguns, nada teriam a ver com a prática científica real, quanto mais com a prática social da medicina ou da saúde coletiva.

Em outros termos, ouvi objeções advertindo-me sobre os perigo de querer dar o salto sobre o abismo entre a prática e a teoria, sobre as dimensões distintas que são a prática e a teoria, sobre as complexas mediações e os muitos cuidados necessários para esse relacionamento. Julgo, por isso, importante esclarecer as intenções, as concepções e os sentidos da discussão aqui pretendida. Aclarar algumas premissas que permitem a compreensão do que se pretende.

A meu ver, ao contrário do que as visões aderentes às tradições disciplinares acadêmicas costumam fazer, é imperativo jamais pretender separar o que se chama de prática do que se chama teoria. Em outras palavras, acredito que seja necessário “desaprender” essa separação. Porque, contrariamente, elas (prática e teoria) andam juntas o tempo todo na realidade, ainda que de forma difícil de entender ou de analisar, é que se

faz mister juntá-las, relacioná-las, aprender a olhá-las unidas, por diversas e diferentes que sejam.

Neste aspecto em particular, as idéias de Bruno Latour (2000, 2001, 2002) são claras e precisas: o fosso entre a prática e a teoria é fundamental para manter intacto o mecanismo, o arranjo de pensamento e de prática social da modernidade e especialmente da academia. Arranjo este que não precisamos manter intacto como tabu, assim como não necessitamos destruir totalmente. O que aqui é relevante é que não precisamos nos submeter a ele o tempo todo. Por poderoso que seja, é justamente pelas cegueiras e pelos aspectos perigosos desse poder moderno excessivo que convém, e mesmo urge, o cultivo da cautela, do cuidado e da perspicácia. O cultivo de uma distância relativa desse arranjo.

Urge também um postura crítica, algo diferente daquela dos modernos: aqui a crítica se refere mais a uma sutil desconfiança e a uma busca de agilidade e fluidez, para não se deixar usar nem imobilizar. Pois a prática moderna, que escapa à teoria dos modernos, violenta a ética e a teoria e funciona predominantemente na direção obsessiva de mais e mais poder e controle.⁴

Doutra maneira, o poder moderno, inédito, devastador, sem controle e sem autocontrole, nasceu da irresponsabilidade advinda da manutenção do arranjo moderno que separa a prática da teoria. Isso é um dos motivos que torna urgente a tomada de consciência do funcionamento desse arranjo, o qual nos impele a sempre purificar, transformar, depurar e obscurecer a prática para preservar e enfatizar a teoria.⁵ Mas a isso voltarei ao discutir as idéias de Latour, no capítulo 1. Por agora, poderia pensar em desviar da tendência de enrijecer o olhar quando se trata da prática, como se esta fosse perigosamente desviadora, tentadora, enganadora. E precisasse da luz teórica para poder dizer algo. Em todo o caso, trato de esclarecer o enfoque da filosofia e da epistemologia aqui pretendido.

⁴ Ver a discussão da relação do saber com os valores e do controle como valor na modernidade, no Capítulo 2.

⁵ Para os modernos, seu poder veio justamente das suas teorias. Isso, diz Latour, é ilusório, já que apenas nas crenças dos modernos o poder adveio somente da purificação teórica, posto que a história mostra que outro poder, mais forte e mais cego, adveio da prática permitida pela separação do trabalho de purificação (teórica) do trabalho de mediação (prática) (Latour, 2000).

O ponto de partida é a prática.⁶ Prática clínica, prática sanitária, prática de pesquisa e ensino em saúde. A primeira, prática médica, é prática de contato intercultural relativo, se pensarmos que tal contato ocorre quando um médico de origem pequeno-burguesa ou de classe média, como é o mais comum, se depara com um doente semi-analfabeto pobre, trabalhador braçal, morador da periferia urbana de uma metrópole - o que ocorre diariamente e quase sistematicamente nos serviços públicos de atenção à saúde. Prática “curandeirística” *sui generis*, se pensarmos que o médico é o curandeiro oficial de nossa sociedade.

A segunda, prática sanitária, é mais ou menos a primeira acrescida das complicações, ampliações e complexidades advindas do “curandeirismo” e preventivismo coletivo e social, com tudo o que isso comporta em termos de gestão de instituições, serviços e pessoas, de elaboração, mediação, disputa e estabelecimento de políticas, de administração de pessoas e grupos, de intervenção em múltiplas subculturas sociais, de mediação e oficialização social de tecnologias, de mercados e de atores, vários e poderosos, tanto do ponto de vista da economia e do mercado quanto da cultura (significados e ações em saúde-doença).

A terceira, práticas de ensino e pesquisa, é a prática pedagógica - embora as outras duas também o sejam - e de investigação, corriqueira em laboratórios, teses, projetos de pesquisa, salas de aula, enfermarias e discussões de casos da academia.

Qual a distância dessas práticas para a filosofia ou a epistemologia? De meu ponto de vista, quase nenhuma. Ao agir, pratico uma filosofia e uma epistemologia. Pode não ser coerente, sistemática, erudita ou inteiramente racional. Pode ser fragmentada, contraditória e inconstante. Mas ajo como se considerasse importantes certos critérios, certas verdades, certos interesses, certos valores. Ajo como se eles me nortegassem, mesmo que não tenha quase nenhuma consciência disso, e de modo relativamente independente do que explico no discurso. Que esses valores, interesses, critérios, verdades, fatores e forças da prática formam um mosaico plural, caleidoscópico e variável, que impediria um enfoque

⁶ Também Demo (1997), ao discutir o conhecimento moderno e seu poder de intervenção, defende uma estratégia prioritária para a prática (p.143-145). Acompanho também, nesse aspecto, Latour (2000, 2000a, 2001) e Feyerabend (1991) – cf. sintetizados no capítulo 1.

geral teórico-filosófico, é um argumento que penso desnecessário responder, dada a relativa homogeneidade da prática médica no Brasil, no serviço público, nas academias. O mesmo vale para as práticas pedagógicas e de pesquisa. Se, como aqui pretendo fazer, considerarmos essa relativa homogeneidade, fica fácil perceber que há uma filosofia praticada. Ainda que sem consciência, moldada pelo exemplo e pelo contexto, pelos interesses e pelos valores dos grupos envolvidos, pelas técnicas e pelas exigências sociais e culturais, agimos como se acreditássemos numa série de quesitos de ordem filosófica (valores, doutrinas, critérios, éticas), política (interesses, hierarquias, disputas) e epistemológica (verdades, métodos, razões, técnicas). Discutir algo desses quesitos, do ponto de vista da prática, é o enfoque aqui pretendido.

Doutra parte, e especialmente, também pretendo discutir práticas em saúde-doença do ponto de vista de algumas idéias bem especificadas, com vistas, é claro, à melhoria da prática - um imperativo ético que sempre está no pano de fundo.

Partirei, portanto, em direção às idéias, às teorias, à epistemologia, com as preocupações éticas e pragmáticas da vida prática profissional em saúde-doença. Ou seja, voarei, sim, e quanto mais alto melhor, mas sempre olhando para baixo, para nós mesmos lá em baixo, para nossos colegas, nossos concidadãos e nossos pacientes, para seus dilemas de toda ordem (isso implica reconhecer que terei que deslocar meu foco para outrem, para a maioria da população, que é muito diferente de mim.) Afiarei os olhos e binóculos com a peleja da prática ao olhar para as idéias, sem perder de vista contextos práticos e sociais determinados. E, lançando mão da luz de certas idéias, buscarei olhar para a própria prática, sempre procurando iluminá-la com novas cores e melhorá-la. (De novo o imperativo ético do “curandeiro”).

Meu enfoque, desse modo, exigirá certa disposição acrobática de trapezista, para peripécias, pulos e rápidas descidas e subidas, entre questões práticas e questões epistemológicas, teóricas. Utilizando as idéias de Fleck (1986), um dos autores abordados adiante, transitarei com certa rapidez entre os círculos esotéricos e exotéricos do saber e das práticas em saúde-doença, particularmente científicas. Mas nada que um pouco de disposição acrobática não resolva. Uma certa dose de irreverência deverá, também, facilitar

e contribuir para esses vãos e rasantes, essa tessitura por entre as correspondências entre teoria e prática.

Na verdade, seria mais rigoroso falar em termos de redes de práticas e saberes, do que em termos de prática e teoria (Latour, 2000). Pois o que está em jogo é sempre a tecelagem de uma rede de práticas e dos sentidos que se pode dar a elas. Muito juntos, portanto, a teoria e a prática. E, se possível, inclusive, inverter certa prioridade que a tradição acadêmica em geral consagra à teoria.

Eu elejo as práticas como prioritárias, e se a toda hora falarei sobre idéias e teorias, é com o único objetivo de reorganizar as luzes que iluminam as práticas, para possibilitar novas práticas, não para construir novas teorias. Este viés pragmático-ético, quase militante, deve ficar claro. Ele é ao mesmo tempo ponto forte e chave de compreensão do trabalho se o leitor puder compartilhar dessa inversão de prioridade (entre teoria e prática). Será ponto fraco e obscuro se o leitor, ao contrário, se recusar a desviar a sua atenção prioritária para a prática.

Se a atenção estiver presa às teorias, à prática erudita do pensamento (já chamada de erudição canônica), ao debate intelectual, à prática do discurso das disciplinas (que não deixa de ser prática, mas que na academia quer-se teórica e assim algo diferente, quase “superior”) e à disputa no campo – no sentido “bourdieano” –, o que será discutido adiante ficará pobre e obscuro. Esquadrinhada, codificada e purificada a discussão por disciplinas, por correntes de pensamento, por métodos, teorias e suas razões, ela não preservará o objetivo estratégico de renovar os olhos para a prática, para a possibilidade de novas práticas e para a re-significação de outras existentes.

A minha proposta passa antes por transitar, sem muito compromisso com a rotina das compartimentalizações do saber e das disciplinas, justamente pelos saberes e pelas disciplinas. Buscando iluminar a prática preventiva e terapêutica cotidiana, seja biomédica seja não-biomédica, individual e coletiva, assim como o ensino e a pesquisa, que produzem saberes e pessoas para essa prática. Com o objetivo de preparar o terreno para tecer novas práticas, reforçar algumas delas, diminuir a hegemonia de outras.

Adotando uma velha metáfora, que diz que quando o sábio aponta para a lua, o tolo olha para o dedo, tentarei ser menos tolo e perscrutar para onde as práticas e as idéias apontam. Para isso, é preciso olhar, é claro, para o dedo, mas para logo em seguida esquecer dele e tentar contemplar a lua. Convido o leitor para esse mesmo movimento, advertindo desde já que, como não sou sábio, o esforço necessário para vislumbrar o que é apontado talvez seja considerável. A esse respeito só posso dedicar-me a minimizá-lo ao máximo.

Os pontos intocáveis

Parece-me que há pelo menos três pontos 'intocáveis', quase impensáveis, verdadeiros tabus modernos, que ofuscam toda discussão sobre a relação entre a teoria e a prática (ou, o saber e o exercício prático dele no fazer). Detenho-me neles para que possa ser compreendida a minha proposta de “enfoque prático” das questões epistemológicas. Eles podem ser chamados como segue: 1 - a separação entre a teoria e a prática (que já mencionei); 2 - a hierarquização paradoxal entre a teoria e a prática; 3 – a hierarquização entre a ciência e todo o 'resto'. Esse três pontos juntos, se não esclarecidos minimamente, obscurecem qualquer discussão, qualquer investigação e qualquer projeto epistemológico. Eles estão no centro de dilemas teóricos, filosóficos e políticos da modernidade, e não será aqui o lugar para discuti-los em profundidade. Mas, devido a seu caráter de “nó crítico” (usando velho jargão do planejamento em saúde) de vários problemas, necessito me posicionar momentaneamente sobre eles, o que faço a seguir.

Quanto ao primeiro ponto, que já mencionei e a que retornarei vezes sem fim, restrinjo-me a assumir a posição compreensiva defendida por Latour (2000, 2000a, 2001, 2002). Pouco discutida ou conhecida fora do círculo especializado, ela está sintetizada no capítulo 1, na parte dedicada ao autor. Por agora, basta comentar que a separação entre teoria e prática de pouco me adiantará, senão que a desconsiderarei para justamente juntar e ligar as duas o máximo possível. Este projeto e procedimento não é certamente moderno, pode levantar suspeitas e discordâncias, implicará em re-significação relativamente importante das duas e só poderá ser apreciado no decorrer do estudo. Todavia, deixo claro desde já este ponto de partida, que, no fundo, ancora-se em necessidade ética de “curandeiro”, relativa ao assumir responsabilidade social e individual pela prática, coisa

que a modernidade foi especialista em dificultar. Mas, de novo, isso estará melhor explicado quando discuto as idéias de Latour e ao longo do estudo.

A hierarquização entre a teoria e a prática merece alguns comentários. Primeiro, dada a grande discrepância entre a teoria e a prática entre os modernos, ou, em outras palavras, dada a codificação e purificação da prática concebida pela teoria, a modernidade tem um duplo relacionamento com a possível hierarquia entre ambas. Oficialmente, é a teoria que interessa, particularmente à ciência ou à biociência. É o conhecimento da verdade sobre o como funcionam as coisas, esse é o ponto importante, ainda mais em se tratando de epistemologia. É sempre a teoria que é defendida, atacada, rejeitada. Os modernos inventaram a universalização e homogeneização dessa maneira de falar sobre as coisas, as práticas, as culturas, os saberes, as técnicas.

Curiosamente, esse modo tem três conseqüências meio paradoxais. Primeira: desvia toda a atenção das práticas reais; segunda: cria um universo imaginário de práticas ideais concebidas pela teoria. Essas práticas ideais, fruto do trabalho de purificação teórica dos fenômenos e práticas reais cotidianas, não são realizáveis, mas servem como norte cultural e simbólico, tabus, verdades, realizações inquestionáveis, à semelhança dos mitos. Como corolário prático dessas duas primeiras conseqüências, vem a terceira: a prática mesma fica tão obscurecida e escamoteada, tão sem importância e tão decodificada e deformada pelos vieses impostos à percepção e ao pensamento pelas práticas ideais e pelas teorias, que sai de cena.⁷

A saída de cena da prática real, por sua vez, gera dois fenômenos sociais magistralmente reconhecidos por Latour (2000,2002): ela pode ser disputada à vontade como a coisa mais importante do mundo, sem nunca ser ao menos mencionada. Ao contrário, quanto mais invisível é, melhor. Como se quanto menos disputa sobre ela pudesse haver, tanto mais chances tivéssemos de a dominar. Isso porque mais desfruta do segundo fenômeno permitido pela saída da cena da prática: com a prática real obscurecida, ganha-se uma liberdade nunca antes imaginada por qualquer cultura, uma liberdade sem

⁷ Boaventura Santos (2000) chama atenção para o paradoxo da Ciência: apesar de ser baseada na preditibilidade, a ciência acabou empobrecendo-se de forma intensa na capacidade de perceber e avaliar as conseqüências práticas da aplicação dos saberes e tecnologias que ela própria gera.

responsabilidade. O resultado prático do que se faz não é mais responsabilidade de ninguém.⁸

Toda a complexidade e o espectro de ligações e conseqüências ecológicas, vitais e sociais da prática irá aparecer posteriormente, em outro tempo e lugar, para outras pessoas, que terão de fazer os consertos, compensar os prejuízos, avaliar os estragos. Será percebida por alguma teoria ou disciplina que a apreenda ou, nem isso, será apenas sentida como conseqüência imprevisível, social, histórica “da prática”, aquela prática real sobre a qual a teoria e os modernos, individual ou coletivamente, jamais se responsabilizam, mas se dedicam a fazer obstinadamente.⁹

Agora posso esclarecer o caráter paradoxal da hierarquização entre teoria e prática: oficialmente, é a teoria a privilegiada (a busca da verdade) e a prática é uma subalterna que a viabiliza e que é constrangida e controlada para possibilitar sua construção.

Num outro enfoque, porém, isso tudo é um projeto ideal de, através da teoria (daí sua suposta importância estratégica e sua super-valorização simbólica), vivermos melhor nesse mundo, ou seja, enriquecermos a prática.¹⁰ Todavia, eis que, na prática moderna, paradoxalmente, tudo se inverte: é a prática, sim, a prática é a questão importante. Tão importante e tão privilegiada por nós, obcecados que estamos em dominá-la, em ampliar o controle sobre ela e a vida (as intempéries, a suposta falta de alimentos, o frio, a necessidade do esforço, a necessidade de nos relacionarmos com outros na vida social - micro e macro -, as doenças, a morte), tão ansiosos e temerosos que estamos para com os limites e desafios da vida prática, que tudo funciona como se nem pudéssemos falar sobre ela. Como se isso nos expusesse. Como se estivéssemos permanentemente em guerra contra tudo e contra todos, contra o mundo e a natureza, contra a vida e a morte, contra os próximos e os longínquos. Ora, sabe-se que, em guerra, você nunca deixa que o adversário descubra seus objetivos; que nunca saiba o que você está fazendo, o que você pretende.

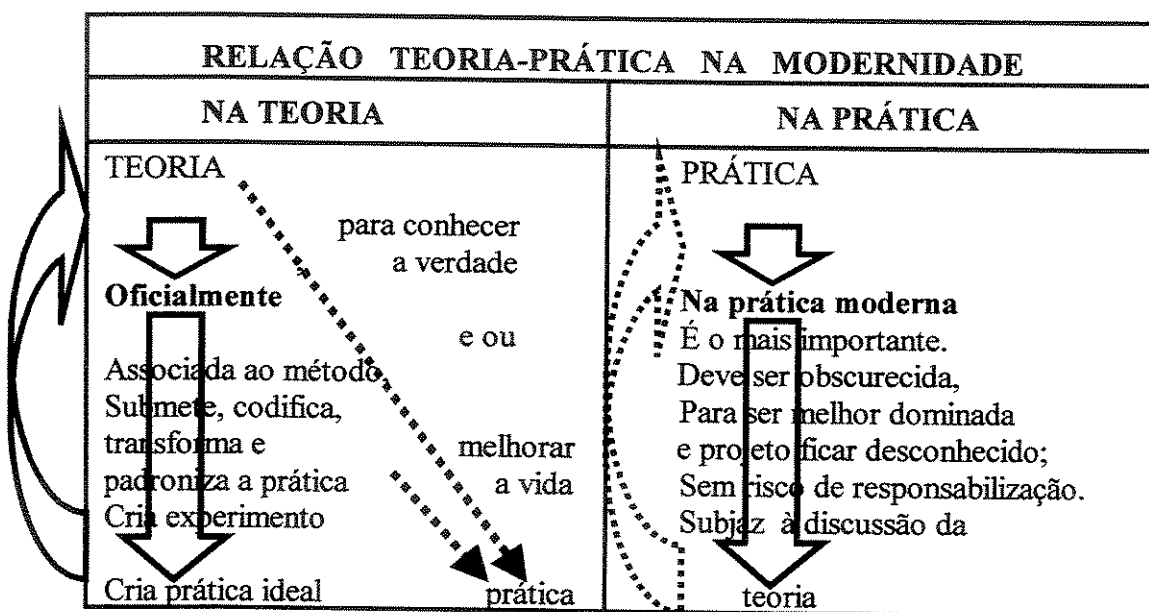
⁸ A responsabilidade sobre o resultado muitas vezes costuma ser projetado alhures, como fruto da disputa social, do conflito social.

⁹ Latour (2000).

¹⁰ Ambas as versões (primado para a “descoberta” da verdade e primado da perspectiva pragmática de uso, intervenção, aplicação) são coexistentes na epistemologia, com polêmicas, mas a primeira é ainda hegemônica, cf. Lacey (1998).

Paradoxalmente, assim, a prática é tão importante que precisa constantemente ser escondida, camuflada, disfarçada. E, além disso, o controle e o domínio sobre ela (um valor e um projeto político, portanto) é que passa a ser o “x” da questão.

Isso também é patente quando se está fazendo coisas ou almejando coisas pelas quais você pode ser responsabilizado e que carregam risco de rejeição (por motivos vários). Assim é que os modernos, particularmente os cientistas e intelectuais, especializaram-se em obscurecer a coisa mais importante, como se ela fosse a menos importante. E ofereceram em troca um mito, que se quer universal, de “progresso” e de “emancipação racional”, disfarçado ou supostamente provedor de realizações sócio-técnicas impressionantes, que escondem e externalizam todo o tempo o seu próprio preço social, ecológico, individual, coletivo, vital (de saúde) e mórbido (de doença).



Por fim, vale a pena comentar que os modernos elegeram um mito fundamental para que pudessem questionar e criticar todos os outros. Esse mito complexo, muito mais que um mito, quase uma instituição transcendental que produz a verdade, pode ser chamado de Ciência. A hierarquia entre o saber científico e qualquer outro saber é um dos pilares fundamentais da modernidade, e se é assumido na teoria, sempre é ferreamente defendido na prática.

Esse ponto envolve múltiplas dimensões que não tratarei senão superficialmente para introduzir e justificar minha perspectiva. Vale comentar que Foucault foi claro e explícito quanto ao caráter político envolvido na produção de saberes e verdades. A produção de verdade é inteiramente infiltrada pelas relações de poder e, reciprocamente, o exercício do poder exige uma economia dos discursos de verdade.¹¹ Para Demo, a história da verdade tem sido a de sua imposição.¹² Todavia, como a análise política em si não é um objetivo central deste estudo, embora ele esteja todo permeado por ela, discuto algo desse ponto obscuro que permeia nossa cultura moderna e também este estudo.

Uso um exemplo de fácil compreensão, fazendo analogia a um modo médico comum de tratar os limites da biomedicina. Quando se fala de dentro da tradição científica e biomédica, como um membro dela, num ambiente de intimidade entre outros membros, como num almoço no refeitório de um hospital, os médicos em geral não têm dificuldade em reconhecer e discutir os limites, mazelas, ignorâncias e problemas de seus saberes e práticas. Aceitam que curam muito pouco, que paliam demasiado e com demasiada iatrogenia, que entendem pouco sobre o que se passa na intimidade da vida e do corpo dos doentes. No entanto, quando o mesmo tema é debatido em ambiente aberto, com pessoas alheias à “classe” e, particularmente, com a presença de outros especialistas em saúde-doença não-científicos, ou à sua simples menção, toda sua consciência e humildade desaparecem rapidamente, dando lugar a uma paranóica, visceral, pungente, arrogante e agressiva ode às maravilhas da ciência médica e a uma crítica desqualificadora preconceituosa de todo o resto, no que tange ao saber/prática em saúde-doença. Claro que essa postura é uma generalização um tanto forçada e que há exceções e matizes diversos,

¹¹ Foucault (1977; 1982); Portocarrero (org) (1994, p.57-65).

¹² Demo (1997, p.78).

mas ela pode ser considerada, ainda hoje, uma postura hegemônica. Quando digo hegemônica, refiro-me à prática, que pode ser escamoteada por “discursos politicamente corretos”. (Um exemplo disso é a postura da classe médica em geral em relação ao direito de exercer a acupuntura no Brasil, atualmente. Reconhecida a qualidade da técnica, embora nem tanto a do saber, ambos exóticos e alienígenas, restou a luta pelo monopólio da prática pela corporação médica, ora inacabada).

Isso não é uma questão de opinião, é um dos pilares fundamentais da fundação da ciência, herdado dos filósofos. Boaventura Santos o sintetiza quando fala que a ciência e o senso comum nasceram juntos, aquela se constituiu para se sobrepor e se diferenciar deste, de modo hierarquicamente superior sob o ponto de vista epistemológico.¹³ E, com isso, coloca no “saco do senso comum” tudo o que não é ciência.

A minha postura pretende ser diferente. Pretende deixar esse tipo de questão para avaliações e julgamentos posteriores ao resultado de pesquisas, investigações e experimentações práticas específicas e referi-la a casos particulares ou certos tipos de situações. Pesquisas a respeito de comparações dos saberes/práticas da biociência com outros dela diferentes raramente são realizadas.

O incremento desse tipo de pesquisa e uma contribuição para sua viabilização são objetivos indiretos deste estudo, como se verá no capítulo 3. Ele se insere no objetivo geral de contribuir para uma reorganização do panorama epistemológico contemporâneo, que permita um desvio do senso comum acadêmico preconceituoso que considera *a priori* a Ciência melhor que tudo o mais e que facilite comparações, mediações. Se isso é necessário, há que se tomar precauções e cuidados para que as pesquisas não sejam tautológicas, ou seja, só encontrem o que de antemão nossas crenças e interesses embutem no desenho das mesmas.

Sou otimista quanto à possibilidade de que nossas simpatias, interesses, valores e crenças prévias não limitem demais ou determinem a nossa capacidade de julgamento. Entretanto, considero que a minha posição, assim como a da biociência, no campo¹⁴ de

¹³ Santos (2000). Voltarei a este ponto ao final do trabalho.

¹⁴ No sentido de Bourdieu.

disputas políticas na área da saúde, é tal que se beneficia de uma postura contrária à mantida em geral pelos modernos e pela academia. Ou seja, ao invés da postura moderna, julgo que o melhor meio de preservar o lugar (posição e *status* no campo) no mundo é colocá-lo a serviço de alguma causa necessária para todos, como, por exemplo, a saúde ou o tratamento dos doentes, ao invés de defendê-lo obsessivamente, reivindicando a manutenção de privilégios e de posições já existentes e/ou a ampliação dos mesmos.

Essa proposta, aparentemente ingênua e “franciscana”, funda-se em uma perspectiva estratégica do tipo da descrita por Jullien (1998), que não se pauta por imagens objetivas ou modelos ideais pelos quais se luta para sua implantação na realidade existente (sempre muito diferente do projeto ideal) - com grande dispêndio de energia própria e de outrem. Ela parte da realidade como percebida nos seus fluxos, mutações e tendências, a partir do desenvolvimento de suas potencialidades imanentes (Jullien, 1997), buscando alimentar ativa e sutilmente, mas sem constrangimento, algumas direções com propensão para o crescimento sem muitos obstáculos.

Essa estratégia, no caso da saúde, vincula-se a valores éticos da missão de “curandeiro” e sua defesa pela via teórica é difícil. Se pode ser eticamente defendida e recomendada a qualquer um, só pode ser experimentada na prática por uma aposta consciente e sem garantias. E ser confirmada pelo usufruto direto de suas conseqüências por quem arrisca experimentar. Ela afasta-se do arranjo moderno que organiza-se em torno do aumento permanente do controle, que vê o controle como valor maior.¹⁵

Esclarecido o caráter do enfoque prático de questões epistemológicas do estudo, posso sintetizar seus objetivos.

Objetivos

Os objetivos do estudo são:

- 1) Apresentação, discussão e delineamento de mudanças epistemológicas introduzidas dentro das ciências naturais por autores relevantes nas discussões epistemológicas das últimas décadas;

¹⁵ Ver Lacey (1998) e Capítulo 2: “A relação com os valores e os modos de vida.”,

- 2) Aplicação das idéias apresentadas numa discussão sobre a pesquisa e o ensino em saúde, a clínica e a saúde coletiva.
- 3) Proposição de um enfoque epistemológico genérico, decorrente de 1), aplicável aos saberes-práticas em saúde de forma simétrica, ou seja, da mesma forma, qualquer que seja o saber/prática envolvido;
- 4) Do ponto de vista de dentro da tradição biomédica, ainda, espera-se discutir a importância da epistemologia para o ensino e a pesquisa, a clínica biomédica e a saúde pública, cuja melhoria pode ser facilitada, por hipótese, pela perspectiva da vertente epistemológica analisada.

Estratégia metodológica

A estratégia metodológica seguida envolveu três fases distintas. Um estudo teórico (capítulo 1), um ensaio reflexivo e aplicado do estudo (capítulo 2), uma síntese propositiva ao final (capítulo 3).

A primeira fase partiu do estudo de sete epistemólogos contemporâneos e seus comentadores. Os autores foram Karl Popper, Thomas Kuhn, Imre Lakatos, Paul Feyerabend, Ludwik Fleck, Humberto Maturana e Bruno Latour. A leitura norteou-se por uma reflexão acerca do que eles iluminam, esclarecem, mudam e criticam as práticas e saberes científicos, preventivos e terapêuticos, individuais e coletivos.

Quanto ao problema imposto pelo senso comum e douto, sobre o “fosso” entre teoria e prática, assumo aqui a perspectiva não-moderna de Bruno Latour. Essa perspectiva é necessária para tornar possível, clara, responsável e democrática a discussão sobre os sentidos do que fazemos. Ela, ao invés de “esquecer”, recusar ou combater a separação entre prática e teoria, prefere compreender as artimanhas modernas e seu funcionamento, o que facilita que não sucumbamos a elas. Deixando, entretanto, o detalhamento dessa perspectiva para mais tarde, já que implica uma releitura histórica da própria modernidade, apresento agora a estrutura geral do estudo e a estratégia metodológica de sua construção.

Início o capítulo 1 com uma apresentação de cada autor estudado, cujo objetivo é sintetizar partes consideradas essenciais de suas idéias do ponto de vista da prática clínica, sanitária e de pesquisa/ensino. Em parte, a escolha dessas “partes essenciais” e o tratamento dado a elas é arbitrário, mas essa arbitrariedade suposta é orientada para dar consequência e coerência aos objetivos do estudo. E a que prática me refiro, quando falo “do ponto de vista da prática”? A resposta é simples: a prática cotidiana dos médicos, sanitaristas, gestores, professores e pesquisadores da saúde, particularmente os da biomedicina, *locus* social onde me formei e que fomentou as dúvidas e inquietações originárias destas páginas.

É claro que a prática a que tenho acesso é a que me circunda, sendo assim particular. Poderia gerar, portanto, um viés comprometedor da análise empreendida. Quanto a isso, posso me posicionar de modo a introduzir permanentemente no trabalho um cuidado metodológico que não se pode expressar por algoritmo nenhum: é o cuidado em buscar, *à la* fenomenologia, certas essências relevantes; ou, *à la* Kuhn (1987), ater-me a questões centrais aos paradigmas dessas práticas (forçando o uso do termo paradigma para práticas sociais contemporâneas); ou *à la* Latour (2000), buscar analisar e descobrir sentidos para ‘nós’ considerados poderosos e problemáticos de certas partes típicas da rede de práticas sociais do coletivo biomédico, ou ainda *à la* Fleck (1986), centrar atenção em aspectos importantes e críticos dos estilos de pensamento desses atores em saúde-doença, no que eles têm de homogêneo.

Essa homogeneidade, aqui, é vista e reconhecida de forma panorâmica, em confronto com outras práticas sociais com fins análogos. Por exemplo, fica fácil ver a homogeneidade dos médicos se os compararmos com outros “curandeiros” de outros estilos de pensamento. Sendo um participante ativo desse coletivo (de médicos), posso esforçar-me para estranhar essa prática ao compará-la com outras práticas “curandeirísticas” e não será difícil resgatar dela muitos aspectos homogêneos e típicos. O mesmo vale para pesquisadores da biociência, professores de medicina, sanitaristas, gestores ou vigilantes epidemiológicos.

Esse enfoque, de pensar os autores tendo em vista as práticas, norteou a síntese individualizada de cada autor do capítulo 1 e depois norteou a aplicação de suas idéias no capítulo 2, o mesmo valendo para a primeira parte do capítulo 3.

A síntese individualizada de cada autor tem como objetivo, por outro lado, uma exercício de divulgação, síntese e importação de idéias estrangeiras, de campo disciplinar relativamente restrito na saúde coletiva, como são a epistemologia e a filosofia. Reforçar, ampliar, incitar a discussão filosófica e epistemológica no universo das práticas mencionadas é uma opção consciente que pressupõe o diagnóstico da necessidade desse debate e sua riqueza potencial para a melhoria das práticas. Isso desdobrou-se em considerável investimento nessa síntese e esforço para deixá-la acessível e simples. O que foi, obviamente, limitado pela complexidade dos temas, idéias e conceitos de cada autor e dos debates em torno delas. Ou seja, se é necessário certo esforço para mergulhar nesse mundo, o capítulo 1 pretende que esse esforço seja factível e recompensador, pretende facilitar a vida dos leitores desconhecedores das idéias desses autores, essenciais para o restante do trabalho.

Assim, no capítulo 1, está esboçado um estudo e síntese de sete epistemólogos das últimas décadas que foram e ainda são protagonistas de transformações em vigor na epistemologia das ciências naturais: Karl Popper, Thomas Kuhn, Imre Lakatos, Paul Feyerabend, Ludwik Fleck, Humberto Maturana e Bruno Latour. Tentei extrair deles convergências e tendências, que, se podem ser lidas como o fim de um certo tipo de concepção epistemológica dominante hoje na biociência, podem também anunciar uma nova perspectiva epistemológica que acrescenta, dialoga, compara e facilita a mediação, por complemento à purificação teórica antes hegemônica e à luta ou eliminação das perspectivas diferentes, na disputa pelo veredito final sobre as causas, ou coisas, ou verdades. Este estudo percorreu os autores e discutiu-os conforme foram sendo apresentados sucintamente.

Três deles foram particularmente privilegiados: Paul Feyerabend, Ludwick Fleck e Bruno Latour. Os motivos são simples: os três são muito desconhecidos em geral, na saúde coletiva ou mesmo na biociência; e, por outro lado, acabaram sendo fundamentais como referências deste trabalho. Por isso mereceram um estudo e apresentação mais

detalhado e menos discutido, uma vez que são raras as análises críticas desses autores, raros os seus comentadores.

Fleck foi um precursor de idéias atuais - inspirador do conceito de paradigma de Thomas Kuhn - ao mesmo tempo que um pesquisador biomédico *hard*, que fez epistemologia precisamente a partir de sua atividade de pesquisador em microbiologia e imunologia. Isso, ao fornecer 'recheio' empírico biomédico para a visão epistemológica do autor, mais as características próprias de suas idéias e mais, ainda, a pouca divulgação dessas idéias na saúde fizeram de Fleck um autor mais detalhadamente abordado, até como contribuição para sua divulgação.

Com efeito, o mesmo vale para Paul Feyerabend, epistemólogo quase só conhecido no Brasil pelo polêmico e agressivo “Contra o Método”, livro dedicado a combater certos mitos a respeito da função e importância da metodologia nas ciências. Feyerabend, todavia, escreveu a respeito tanto de temas “técnicos” de epistemologia como de temas filosóficos e políticos ligados à “Ciência”, escritos esses pouco conhecidos. Priorizei alguns tópicos de sua obra, abordados com algum vagar, usufruindo ainda do fato do autor usar exemplos derivados da medicina.

Por fim, Bruno Latour é tratado com algum pormenor, dada sua originalidade de abordagem e conteúdo, bem como sua escassa divulgação e aplicação na saúde. Além disso, esse autor desenhou um pano de fundo antropológico e filosófico que assumo neste estudo, com alguns conceitos e idéias aqui usadas largamente.

Os demais autores são Karl Popper, Thomas Kuhn, Imre Lakatos e Humberto Maturana. Os três primeiros foram protagonistas de polêmicas e inovações epistemológicas iniciadas na década de 1960, e assim, tornaram-se objeto inevitável de interesse.

Particularmente Popper e Lakatos, pela proximidade relativa de suas posições e idéias com a tradição epistemológica que os circunda e antecede, e, simultaneamente, por diferenciarem-se dela, são notáveis expressões de uma fase de inflexão¹⁶ da epistemologia

¹⁶ Uso o termo no sentido corrente na matemática. Isto é, por exemplo, ele designa o ponto em que, num gráfico, uma curva com concavidade para baixo inverte sua concavidade para cima, mudando de direção e sentido.

que esboça outra direção para a mesma, a qual posso chamar (assim como outros já chamaram) de “uma nova epistemologia”. Nesse sentido, são úteis contrapontos que auxiliam o esclarecimento de aspectos importantes dos demais autores. Em relação a estes últimos, Popper e Lakatos podem ser considerados como representantes da tradição hegemônica anterior e circundante aos demais, que ainda nos envolve a todos.

O último deles, Maturana, vem desenvolvendo nessa mesma época (com outros autores, principalmente Francisco Varela) uma teoria biológica de implicações epistemológicas e políticas, que também é relativamente pouco conhecida na saúde. A estrutura teórica proposta por Maturana na sua biologia do conhecer parece ser fértil, apesar da generalidade de seus conceitos e categorias, muitos deles originais. Seus desdobramentos e aplicações na saúde são poucos e envolvem especificações e desenvolvimentos que transcendem o escopo deste estudo. Mesmo assim, adotei-o como um autor de referência e esbocei algumas reflexões preliminares sobre suas contribuições conforme meus objetivos e estratégias, como uma contribuição para sua divulgação e desenvolvimento. O enfoque prático aqui perseguido associado à generalidade teórica e conceitual da teoria de Maturana dificultou sua análise e consistiram num desafio inacabado.

A delimitação desse número de autores deu-se, por um lado, pela importância de suas contribuições nos debates epistemológicos, e por outro, pela minha percepção num determinado momento de que várias abordagens convergiam, deixando poucos focos em aberto. O caráter transdisciplinar¹⁷ do estudo também pesou nessa limitação, já que as dificuldades de trânsito entre as disciplinas e autores impõem restrições, seja de contorno, seja de profundidade.

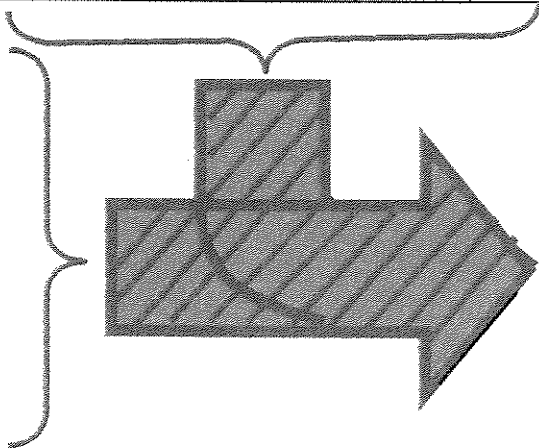
Esclarecido e justificado o projeto subjacente à metodologia da primeira fase, segue-lhe na mesma esteira de argumentos e objetivos o capítulo 2, que é uma primeira aplicação das idéias discutidas no capítulo 1 aos ambientes de práticas em saúde-doença

¹⁷ Uso o termo aqui precisamente no sentido proposto por Almeida Filho (1994), uma vez que transitei por e pratiquei algo das práticas aqui estudadas, assim como transitei por disciplinas distintas em termos de leituras e interlocutores nesse estudo.

eleitos. Dada a dificuldade desta empreitada, inventei uma tematização através da qual considere as contribuições dos autores estudados de modo a facilitar a discussão.

Assim, foram escolhidos sete (7) temas distintos e amplos, que partem da epistemologia e vão para a vida real (sociologia, cultura, política, experiências, valores), pelos quais escrutei os autores e suas idéias desdobrados para os ambientes de práticas sociais mencionados, a saber, a pesquisa e ensino em saúde, a clínica e a saúde coletiva. Os temas são os seguintes: (1) o problema da demarcação, (2) a universalidade e a objetividade, (3) a metodologia, (4) a verdade, (5) a relação com a experiência, (6) a relação do saber com valores e modos de vida, (7) a relação do saber com o poder social ou a política.

No diagrama a seguir, está esquematizada a forma e as condições de contorno da discussão. A seta hachurada central (em azul) representa o conteúdo desenvolvido, que almejou analisar algumas contribuições dos autores referentes a cada tema (escrutinadas ou peneiradas pelos temas) para cada um dos ambientes de práticas.

ESQUEMA DO CAPÍTULO 2									
		TEMAS							
AUTORES			1 – DEMARCAÇÃO	2 – UNIVERSALIDADE E OBJTIVIDADE	3 – METODOLOGIA	4 – VERDADE	5 – RELAÇÃO COM A EXPERIÊNCIA	6 – RELAÇÃO DO SABER COM VALORES E MODOS DE VIDA	7 – RELAÇÃO DO SABER COM O PODER SOCIAL
POPPER									
LAKATOS									
KUHN									
FLECK									
FEYERABEND									
MATURANA									
LATOUR									
		AMBIENTES DE PRÁTICAS ☐ ENSINO E PESQUISA EM SAÚDE ☐ CLÍNICA ☐ SAÚDE COLETIVA							

Através desses temas, foi possível agrupar as idéias dos autores e discuti-las, de modo a recuperar, ao mesmo tempo, algo de suas diferenças e semelhanças, oposições, concordâncias e complementariedades. Essa discussão pretendeu explorar algumas contribuições particulares que as idéias dos autores fornecem para os distintos ambientes de práticas sociais. Claro está que essa exploração revestiu-se de um caráter “ensaístico”. Trata-se de uma primeira aplicação das idéias dos autores, um desdobramento que, por hipótese, lança luzes e traz compreensões enriquecedoras daquelas práticas, contribuindo para a melhoria das mesmas.

Em relação ao capítulo (2), vale a pena ressaltar, como prestação de contas metodológicas e melhor definição de contornos, o que ele não é nem pretendeu ser. Ele não é uma discussão epistemológica ou filosófica dos temas escolhidos. Não é uma discussão comparada dos autores a respeito de cada tema. Nem é uma discussão teórica da validade, importância, estado da arte ou imbricação dos temas nas três áreas de práticas. Isso exigiria espaço e profundidade que desviariam de meu objetivo. Porém, e mais importante, teria por consequência levar o estudo a se demorar demais na “pré-tarefa”, no embasamento dos considerandos e pressupostos, nas questões teóricas, no debate acadêmico a respeito dos autores, conceitos e temas.

A idéia desse capítulo é realizar uma tarefa, relacionar certas idéias às práticas e vice-versa. Os temas servem para auxiliar, organizar e viabilizar a discussão. Eles, assim, têm uma função didática e expositiva, embora não deixem de desempenhar uma papel de recorte e de permitir certas análises. Por isso mesmo, e devido à imbricação estreita, quase uma ligação holográfica de todos eles, devo escusar-me por uma redundância no texto, que, se por um lado pode ser cansativa, por outro, permite um relativo corpo próprio a cada tópico, tornando-o um pouco menos dependente do conjunto.

Ainda quanto ao capítulo 2, devo mencionar um artifício que várias vezes usei para agilizar a discussão, no sentido de facilitar a leitura e abreviar a exposição. Foi uma liberdade na referência às idéias dos autores estudados quando do relacionamento das mesmas com as práticas, que, creio, ficou clara no próprio texto. Em vez de formal e repetidamente usar expressões longas do tipo: “pensando a partir das idéias de Fleck podemos compreender...” usei simplesmente a corruptela: “Fleck diria que...”. Como isso foi feito em contextos suficientemente claros e restritos, após especificações prévias e necessárias, apenas para evitar repetições demasiadas, creio que não tenha comprometido a compreensão ou a precisão do texto diminuindo seu formalismo.

No capítulo terceiro e último, uma síntese geral é esboçada através do que chamei de síntese das tendências e convergências das idéias epistemológicas delineadas pelo estudo. Essa síntese é introduzida por meio de uma discussão crítica dos problemas éticos, culturais e terapêuticos da epistemologia hegemonicamente aplicada na área da saúde, que resume e agrupa análises diluídas no texto, particularmente no capítulo 2.

Essa crítica contextualiza e justifica o desenvolvimento preliminar, logo a seguir, de um enfoque epistemológico nascente nas ciências naturais, representado, dentre outros, por vários dos autores estudados. Essa epistemologia pode, por hipótese, contribuir na transformação do panorama dos saberes/práticas em saúde e da biomedicina e assim contribuir para mudanças desejáveis na clínica, na saúde coletiva e na pesquisa e ensino em saúde. Nessa parte, é proposta a adaptação de alguns conceitos de Fleck, Feyerabend e Latour, de modo a esboçar um enfoque teórico-metodológico para aplicação em análises de medicinas estruturadas (ou racionalidades médicas¹⁸) ou mesmo práticas terapêuticas, tanto do ponto de vista da pesquisa epistemológica empírica quanto clínica. Uma aplicação desse enfoque em discussão comparada de casos clínicos analisados sob a ótica de três medicinas diferentes (especificamente e apenas por conveniência, acesso e facilidade: a homeopatia, a biomedicina e a medicina tradicional chinesa) estava prevista para o final deste trabalho, como ilustração da potencialidade das idéias discutidas. Todavia, por razões de necessidade acadêmica, foram postergadas para posterior desenvolvimento.¹⁹

¹⁸ Esta categoria foi desenvolvida pelo grupo coordenado por Madel Luz, sendo conceituada operacionalmente à moda de um tipo ideal weberiano. Uma “racionalidade médica” foi caracterizada por um sistema lógico e teoricamente estruturado que apresenta cinco dimensões interligadas, uma doutrina médica, uma morfologia, uma dinâmica vital, um sistema de diagnose e um de terapêutica, embasados em uma cosmologia (como sexta categoria implícita); distinguindo assim entre racionalidades médicas e o que foi chamado de terapêuticas alternativas, as quais não apresentam algumas destas dimensões (Luz, 1996).

¹⁹ A banca de qualificação orientou-me postergar para um segundo momento a aplicação das idéias aqui elaboradas na discussão de casos clínicos, inicialmente incluída neste estudo.



CAPÍTULO 1

***Idéias de alguns epistemólogos
contemporâneos: de Popper aos “anti-heróis”
da epistemologia***

Introdução

O trabalho cotidiano na atenção à saúde individual e coletiva envolve sempre e necessariamente uma prática política e terapêutica que concretiza ou está submersa numa epistemologia. Para uma alteração responsável nesse tipo de trabalho, há que se mudar esses campos simultaneamente em alguma medida. Para tal alteração ocorrer em profundidade e sem grandes conflitos, traumas ou seqüelas, de forma auto-sustentável, convém ter em mente como está a situação, quais suas tendências e em que direção se quer transformá-la.

Meu objetivo nessa parte do trabalho é realizar uma discussão sintetizando idéias epistemológicas de autores contemporâneos, privilegiando aspectos políticos e da saúde (mais propriamente da atenção à saúde, da sua prática), no sentido de averiguar a hipótese de que mudanças na epistemologia contemporânea apontam para certas convergências e direções promissoras, de largas e profundas conseqüências na área da saúde. Valho-me do estudo dos autores citados (Popper, Kuhn, Lakatos, Feyerabend, Fleck, Maturana e Latour) refletindo sobre essa nova epistemologia e sobre o trabalho na área da saúde.

Seguirei a literatura estudada, autor por autor, tentando correlacioná-la com aspectos políticos, em termos das principais idéias, debates, desafios e perspectivas dos autores; afinando ao final, em alguns desdobramentos primeiros e gerais para os saberes/práticas em saúde, que serão melhor discutidos no Capítulo 2. É claro que o que segue não pretende esgotar ou resumir os autores, nem discuti-los com profundidade esotérica, especializada. O que almejo é uma discussão aplicada, da qual pretendo extrair direções inovadoras, na medida em que tais idéias afetam ou obstruem, obscurecem ou ajudam na melhoria da atenção à saúde e na democratização na área, numa aproximação preliminar.

Genericamente, buscarei raízes epistemológicas dos dilemas hoje vividos na saúde e tendências emergentes que possam conformar certas bases de construção, as quais, parafraseando Boaventura Santos (2000), facilitem o nascimento de um paradigma prudente para uma atenção à saúde decente.

Popper e o falseacionismo

Segundo uma visão comum da ciência, chamada indutivista, a ciência começa seu trabalho por observações, que são neutras, e as leis científicas, por sua vez, são extraídas do conjunto dessas observações por indução, ou seja, obtém-se proposições gerais (leis) a partir de proposições particulares (os relatos das observações efetuadas).

Aos defensores dessa perspectiva, não podendo contar com nenhuma justificativa lógica para o processo de indução¹, restou a justificação empírica. Esta, no entanto, encontrou dificuldades insuperáveis, as quais, mesmo com o estabelecimento de condições de segurança para o salto indutivo (como por exemplo: o número de observações deve ser grande, as condições em que o fenômeno acontece devem ser variadas amplamente, não deve haver contra-evidência empírica, etc), nunca foram contornadas.²

No início do século XX, um importante movimento acadêmico chamado *positivismo lógico* dedicou-se a aperfeiçoar a visão comum da ciência acima esboçada, mantendo suas idéias básicas num programa filosófico centrado no chamado *Círculo de Viena*, que veio a influenciar não só a sociedade em geral, como também muitos cientistas das mais diversas áreas da Ciência, influência que persiste até hoje.³

Karl Popper criticou o positivismo lógico já na década de 30, mas só foi considerado e reconhecido a partir de 50. Sua idéia central é substituir o justificacionismo indutivista da concepção tradicional por um empirismo não justificacionista, que ficou conhecido por *falseacionismo*⁴.

Em poucas linhas: Popper rejeita que as teorias científicas sejam construídas por um processo indutivo a partir de uma base empírica neutra e propõe que elas têm um caráter completamente conjectural. Uma vez proposta a teoria, ela deve ser rigorosamente

¹ A indução é um clássico problema da filosofia da ciência: nada garante que a repetição exaustiva de nexos fenomenológicos na nossa experiência nos induza com segurança a extrair verdades gerais (universais) a respeito. Não podemos afirmar que todos os patos são brancos por mais que todos os conhecidos o sejam, pois pode aparecer um diferente de repente.

² Além disso, segundo Bunge (s/d), na prática, nunca foi realizada esta ambição indutivista.

³ Chibeni (1998).

⁴ Por economia, usei “falseacionismo” em vez de “falsificacionismo”, outro termo comum para denotar as propostas epistemológicas poperianas, seguindo Lakatos & Musgrave (1979).

testada por observações e experimentos e, se falhar nesses testes, deve ser eliminada e substituída por outra. Assim, a ciência avançaria por um processo de tentativa e erro, conjecturas e refutações. Uma teoria assim nunca seria provada, mas, contrariamente, deveria ter sua cientificidade baseada na característica de poder ser testada, *falseada*, ou seja, em sua refutabilidade. Sua força e aceitação viriam da sua resistência ao teste refutador.

Ao restringir a busca da verdade à produção conjectural de verdades provisórias e testáveis (como prescrição para e descrição da ciência), o autor trouxe para uma proximidade maior, mais terrena e menos mistificadora a atividade científica e seus produtos cognitivos e técnicos. Ao defender o falseacionismo como solução para o problema da indução, ressaltou o caráter provisório das verdades científicas. Ao defender a precedência dos problemas e das teorias, rejeitou o positivismo e o empirismo ingênuos.

Todavia, ao propor a troca da busca da Verdade pela produção de verdades provisórias, elevou estas ao *status* da primeira; especificamente, reconheceu que estas eram o caminho de aproximação daquela⁵. Se o autor desmistificou a Verdade, acabou mistificando 'as verdades', restringindo-as à ciência – a qual toma agora o lugar social transcendental (inquestionável de fora dela mesma) de produtora das verdades. Se golpeou o racionalismo puro e o empirismo positivista, pois de pronto admitiu que os dados sem teoria ou pré-teoria não existem, reforçou-os ao defender seu metodologismo por ser justamente mais racional, e ao reintroduzir o empirismo via falseacionismo, de acordo com o qual a confrontação empírica, no fim das contas, é que elegeria a melhor teoria.

Popper fez uma ode à excelência da Ciência diferenciando-a de outras práticas e tradições e pseudo-ciências, numa profissão de fé que tranqüilizou cientistas e cidadãos ocidentais quanto ao fato de que as pequenas ou grandes verdades científicas provisórias são hierarquicamente superiores a todo o resto e se aproximam inexoravelmente da verdade. Sua obra síntese, “Conhecimento objetivo”⁶, é muito clara a esse respeito: o que chamou de “racionalismo crítico” é o melhor critério, está na ciência e deve orientá-la e

⁵ Popper (1975).

⁶ Popper (1975).

orientar a sociedade. A racionalidade crítica científica permitiria o conhecimento objetivo, democrático e desligado de idiossincrasias pessoais, grupais, culturais, etc.

Uma das maiores dificuldades do falseacionismo é o fato de que as proposições teóricas não andam separadas, e sim em grupos, não podendo ser testáveis individualmente.⁷ Ou seja, as teorias reais e de interesse não são proposições isoladas mas conjuntos de proposições, e não podem, além disso, ser submetidas a testes empíricos senão quando suplementadas por outras teorias e hipóteses auxiliares (como as referentes ao funcionamento dos aparelhos de medição, por exemplo), proposições de condições iniciais e de contorno, etc. De modo que, ao realizar um teste e obter uma proposição falseadora, não se pode isolar qual a teoria refutada. Usando uma imagem proposta por Quine⁸, a totalidade de nosso, assim chamado, conhecimento é uma malha tecida pelo homem, que toca a experiência somente em suas bordas. Um conflito com a experiência na periferia causa reajustes no interior da malha. Mas a malha é de tal modo relacionada com a experiência, que há muita liberdade de escolha sobre quais proposições devem ser reavaliadas à luz de qualquer experiência individual contrária. Essa questão incide sobre as bases do falseacionismo.

Uma síntese de outros argumentos importantes contra a visão poperiana foi feita por Feyerabend.⁹ O autor discute várias objeções a Popper. a) Para avaliar se as refutações de fato têm um papel principal, é necessário um conhecimento da percentagem das mudanças teóricas ocasionadas pelas refutações entre todas as mudanças teóricas revolucionárias, bem como das decisões em que as mudanças são teóricas e revolucionárias e em que não o são. Não existe nenhuma informação sobre o primeiro ponto e muita desorientação sobre o segundo. b) Nem todos os exemplos de Popper são refutações. c) Os casos que parecem se adaptar ao padrão poperiano são com frequência acontecimentos complexos, com a refutação como ingrediente menor, quase trivial, e certamente nada principal. d) Outra dificuldade é o fato de muitas vezes uma falsificação levar bastante

⁷ Fato que, na filosofia da Ciência, ficou conhecido como “problema de Duhem-Quine” (Quine, W.V.O. “Two dogmas of empiricism”. In: *From a logical point of view*. Cambridge: Mass, 1953, pp.20-46.)

⁸ Quine, op.cit.

⁹ Feyerabend (1991, cap.6).

tempo para ser aceita, e essa aceitação ter lugar *como resultado* de mudanças e perturbações teóricas que, segundo Popper, são *provocadas* pela falsificação.¹⁰

A partir dessas críticas ao autor, tem-se que as concepções indutivista e falseacionista da ciência deixam entrever uma imagem simplista¹¹ e fragmentária das relações do conhecimento científico (as teorias) com a experiência. Essas limitações deram chance à elaboração de outras teorias que serão logo mais abordadas.

Quanto aos aspectos políticos, as idéias poperianas são claramente científico-cêntricas e etnocêntricas, o que ficou expresso na sua longa defesa da "sociedade aberta" contra seus inimigos.¹² A sociedade aberta é a racional-crítica, e essa racionalidade está na ciência, ou seja, a sociedade mais próxima da aberta é a "nossa", que produziu a ciência (que será melhor quanto mais científicizada for). Popper, a este respeito, é explícito: o autor propõe simplesmente a pura extensão às sociedades do racionalismo crítico por ele considerado caracterizador da ciência.¹³

Outro problema político e epistemológico poperiano é o fechamento no seu gueto (dilema comum a todas as correntes epistemológicas) - devido aos regionalismos científicos, por um lado, e sua grande influência metodológica, por outro. Por exemplo, o surgimento da relatividade e da mecânica quântica após a física clássica implicaram profundas discussões epistemológicas na física, mas pouco ou nada afetaram a área da saúde, que continua como se nada disso tivesse acontecido.¹⁴ Nela, as concepções continuam assentadas num clássico e cartesiano modelo de realidade e corpo humano.¹⁵ Ou seja, os principais modelos etiológicos, fisiológicos, fisiopatológicos e terapêuticos da medicina da virada do século XIX e da primeira metade do século XX persistem inalterados

¹⁰ Idem (p.203-6).

¹¹ Cf., também, Bunge (s/d, p.31).

¹² Popper (1974a,b). Um discussão sintética, didática e clara das idéias éticas e políticas de Popper encontra-se em Barreto & Moreira ((orgs.)1996)).

¹³ Cf. Elias (2000). (Obra dedicada a sintetizar a proposta e visão política de Popper, com uma crítica ao final).

¹⁴ Vale lembrar que autores e a sociedade discutem e extrapolam as conseqüências sociais e epistemológicas dessa revolução extraordinária, mas isso fica fora da ciência e seus feudos regionalizados. Inclusive na própria física isto é tabu: veja-se a surda exclusão de autores como Capra (1980, 1980a, 1996) de seu meio. Na medicina, exemplo típico é a obra de Chopra (1989), médico e cientista cujos livros mais vendidos são considerados de auto-ajuda, populares, sendo que tematizam justamente os limites dos modelos biomédicos atuais e alternativas aos mesmos.

¹⁵ Camargo Jr. (1993).

nas suas proposições centrais até o início de século XXI (teoria da infecção, teoria molecular da causação das doenças, teoria do sítio receptor etc).

Na saúde, pode-se enxergar reflexos das idéias poperianas. Os padrões-ouro de testagem epidemiológica das intervenções terapêuticas e diagnósticas¹⁶ se assemelham em intenção à lógica falseacionista. A “epidemiologia clínica” pode ser vista como uma cientificização poperiana das práticas e saberes médicos, bem como a contemporânea “medicina baseada em evidências”. Na área experimental restrita (fisiologia, fisiopatologia, genética, biologia molecular etc), pode-se observar o mesmo em grande medida.

Na atenção à saúde propriamente, pode-se notar que o metodologismo poperiano piorou o descompasso entre os pólos empirista e racionalista da medicina, tornando-a mais racionalista, presa aos seus diagnósticos e à sua nosografia instituída¹⁷. Além disso, acirrou o grande fosso existente entre a medicina-ciência e as diversas práticas, saberes e tradições de cura, algumas inclusive bem sofisticadas, constituindo-se em sistemas médicos complexos. Nesse sentido, enfraqueceu o empirismo sempre presente e importante dentro da própria tradição biomédica, principalmente na terapêutica, submetendo-a ao racionalismo e pondo-a, nos seus aspectos cotidianos, do outro lado do fosso.

Ainda outro problema da metodologização científica da medicina e da terapêutica, aqui vinculada às idéias poperianas, é o seu envolvimento¹⁸ na dominação e submissão da “arte da cura” dos indivíduos, inerente a qualquer medicina, pela “ciência das doenças”¹⁹ e seu tratamento, que ocorreu a partir do fim do século XIX com a vitória de Pasteur e da tese da especificidade das doenças²⁰. Isso desdobrou-se, associado a vários outros fatores, em uma racionalização, tecnificação e resfriamento das relações terapeuta(médico)-doente, o que faz com que muitos reformadores da medicina-ciência atualmente gastem grande parte do seu tempo tentando resgatar, reforçar, re-ensinar o óbvio quase perdido aos terapeutas agora chamados técnicos da saúde: que eles tratam de pessoas,

¹⁶ Estudos caso-controle, estudos duplo-cego randomizados, etc.

¹⁷ Sobre um balanço da tensão empirismo-racionalismo na terapêutica biomédica, ver Almeida (1996).

¹⁸ Esse envolvimento está discutido em Tesser (1999).

¹⁹ Cf. Luz (1996).

²⁰ Sayd (1998).

que devem assumir e cumprir uma “relação de cura”, que precisam ser humanos, solidários, empáticos, educados. Devem aprender e exercitar todo o tempo as “tecnologias leves”²¹ (de relação) como fundamentais e indispensáveis para a eficácia e o sucesso da terapêutica e da prevenção.

Por fim, uma interessante contribuição prescritiva poperiana ficou inócua: foi sua desqualificação, desconfiança e até um certo combate ao que Kuhn veio a chamar de *ciência normal*.²² Ao contrário, a ênfase de Popper no falseamento gerou um movimento dogmático de caráter oposto. Se o falseamento escolhe as melhores teorias, as que temos agora sobreviveram aos testes e devem, portanto, ser muito boas. Isso foi reforçado por sua visão de progresso do conhecimento, num explícito etnocentrismo cientificista.²³

Sob um ponto de vista político, isso é devastador. Se o falseamento ocorreu e ocorre, os “vencedores” encontraram argumentos e justificação epistemológicos para suprimir os vencidos: são os melhores, os mais racionais, os mais desenvolvidos, os portadores do progresso e da verdade objetiva. Como se funda numa suposta objetividade e realidade transcendente aos sujeitos que a estabelecem, a verdade científica, ainda que por refutação e provisória, se impõe, exigindo concordância e submissão. Comunidades ou grupos que produzem, controlam ou divulgam a ciência e suas verdades têm, assim, um instrumento sem precedente de imposição de poder material e simbólico via estabelecimento de verdades. A cada novo apelo à Razão, à Objetividade e à Universalidade da ciência, reforça-se um novo mito transcendente: a verdade objetiva, que parece desligada das pessoas e seus valores, neutra e acima de desejos ou interesses políticos ou culturais, uma vez que gerada pelas regras imparciais e racionais dos cientistas. Isso está distante da realidade da prática científica, segundo Feyerabend.²⁴ Este autor chama a isso de um mito, um “conto de fadas” do qual todos os cientistas estão convencidos, bem como cada vez maiores parcelas do mundo.

²¹ Cf. Merhy (2000). O autor discute as tecnologias não materiais (e precipuamente “leves”, de relação humana) em saúde, enfatizando a necessidade de melhorar seu uso.

²² Preocupação compartilhada por outros autores contemporâneos como Watkins (ver Lakatos & Musgrave (orgs.), 1979).

²³ “Não é incomum que os defensores de um elevado estatuto da ciência vejam-se como defensores da racionalidade, da liberdade e do modo de vida ocidental, “o que realmente está em jogo é nada menos que o futuro progresso de nossa civilização.”(Theocaris & Psimopoulos, *apud* Chalmers, 1994, p.13).

²⁴ Feyerabend (1985, cap. XVIII, p.455-7); ver também Latour (1996, 2000).

Assim, como característica política crucial, a verdade científica, concebida como universal e objetiva, ainda que provisória, desligada das pessoas, se constituiu na sua particular construção epistemológica como uma fala que exige submissão aos seus ouvintes.

Kuhn: as revoluções e a ciência normal em cena.

A epistemologia de Thomas Kuhn²⁵ tem uma dupla originalidade: tenta caracterizar a própria atividade de investigação e não seus produtos ou uma imagem idealizada do que deveria ser e, por outro lado, fã-la surgir como um empreendimento intelectual extremamente específico e original e não como a única atividade intelectual digna desse nome.²⁶

Dois temas são principais para a discussão aqui realizada, dentre os muitos colocados por Kuhn²⁷: a *incomensurabilidade* entre paradigmas (gerados pela ocorrência das revoluções científicas) e a caracterização da atividade da *ciência normal*. Um terceiro tema se imporia dada sua centralidade na obra kuhniana: a própria estrutura da mudança científica.²⁸

A sucessão de fases propostas pelo autor (pré-paradigmática, paradigmática, crises, revoluções periódicas) é importante porque denota uma idéia de progresso até então inédita: o progresso científico não é visto como uma progressão *para* um objetivo futuro, ainda que inacessível, e que seria a “Verdade” ou a “descrição objetiva da natureza”. O essencial consiste em não haver progresso dirigido para um fim mas tão somente a partir de uma origem primitiva.²⁹ Uma tal idéia é simplesmente rejeitada pela maioria dos epistemólogos e cientistas, e ainda muda de caráter quando se desloca a perspectiva para um ponto de vista relativista ou não-realista ou “multi-realista”, como em Feyerabend e

²⁵ Kuhn (1979, 1987, 1989).

²⁶ Stengers (1979, p.79).

²⁷ Exposição mais extensa e didática das idéias kuhnianas encontram-se em Barreto &Moreira (1996) e Kneller (1980); críticas em Lakatos & Musgrave ((orgs.)1979), às quais remeto o leitor, para além das obras do autor.

²⁸ Para maiores detalhes, remeto o leitor à obra de Epstein (1988), toda dedicada ao estudo desse aspecto de Kuhn.

²⁹ Idem (p.81).

Maturana³⁰. A idéia da sucessão de paradigmas, remetida à noção de incomensurabilidade entre os paradigmas, traz o cerne conceitual dessa nova visão de progresso como sendo mais ligada à *mudança* no conhecimento do que à aproximação de uma suposta “Verdade”.

Sintetizando, pode-se dizer que, enquanto Popper atribui o desenvolvimento da Ciência à atividade imaginativa e crítica do cientista guiado pelo ideal da refutação, Kuhn sustenta que a Ciência progride quando os cientistas são treinados numa tradição intelectual comum e usam essa tradição para resolver os problemas *que ela suscita*. Kuhn vê a história de uma ciência “madura” como sendo, essencialmente, uma sucessão de tradições, cada uma das quais com sua própria teoria e seus próprios métodos de pesquisa, cada uma guiando uma comunidade de cientistas durante um certo período de tempo (ciência normal) e sendo finalmente abandonada após uma crise paradigmática que gera uma revolução científica. Crise essa que proporciona um certo tempo de ciência revolucionária, que, por sua vez, engendrará um novo paradigma que se estabilizará e permitirá nova fase normal.³¹

O paradigma não foi definido ou descrito precisamente por Kuhn, motivo pelo qual foi muito criticado. Pode-se considerá-lo uma visão do mundo expressa numa teoria ou subjacente a ela, ou como um mapa de referência implícito que permite guiar o cientista na sua atividade, ou como um conjunto de regras implícitas, pressupostos e modos perceptivos com sua respectiva cognição que guiam a atividade do cientista. O autor refinou o conceito, transformando-o em “matriz disciplinar”, a qual engloba a maior parte ou todos os objetos de *empenhamento* da comunidade científica a ela adscrita, consistindo de quatro elementos principais: generalizações simbólicas, pressupostos metafísicos, valores e exemplos de soluções de problemas concretos (os exemplares)³². Um sentido mais restrito de paradigma é aquele em que os mesmos identificam-se com os exemplares, os quais são um componente do conhecimento relacionado a “uma percepção aprendida de semelhança”³³,

³⁰ Adiante abordados.

³¹ Kneller (1980, p.64, *itálico meu*).

³² Kneller (1980, p.64-5.)[a esse respeito, oferece exemplos bem didáticos e sintéticos]; Kuhn (1989, p.358). As generalizações simbólicas são as expressões facilmente e aproblematicamente desenvolvidas pelo grupo de cientistas, que podem se converter em expressões lógicas (em geral, matemáticas). Os modelos fornecem as analogias preferidas e, quando profundamente defendidos, uma ontologia; o empenhamento neles varia de um pólo menor, heurístico, até um empenhamento maior, metafísico. Os exemplares são soluções de problemas concretos; e sua percepção e enfoque são aceitos pelo grupo como paradigmas, no sentido usual do termo.

³³ Idem (p.381).

aplicada no modo de enquadramento e resolução de enigmas, a qual é tanto lógica quanto psicologicamente anterior a qualquer critério e baseia-se em exemplos partilhados que podem desempenhar funções cognitivas comumente atribuídas a regras partilhadas - e aos quais o autor dá grande importância.

As críticas a Kuhn centram-se no conceito de paradigma³⁴, na idéia de incomensurabilidade, na valorização positiva atribuída à ciência normal e na sua concepção de mudança científica radicada em aspectos psico-sociológicos da comunidade dos cientistas. Seus críticos ironizam de forma desqualificadora a analogia de Kuhn sobre a “experiência de conversão” dos cientistas a um novo paradigma dizendo que, para o autor, a mudança científica seria “uma espécie de mudança religiosa”.³⁵ Tal aspecto não é um detalhe técnico da epistemologia, mas refere-se “aos valores intelectuais centrais, e tem implicações não só para a física teórica (...) [mas] até para a filosofia moral e política”³⁶. É justamente por essa importância e essas conseqüências de amplo espectro, que Kuhn contribui de forma decisiva, sendo que o que nele é um perigo para a maioria dos epistemólogos, aqui parece ser uma boa notícia - veremos porque no próximo parágrafo. Antes vale mencionar uma importante crítica de Feyerabend ao modelo das revoluções de Kuhn, compartilhada por outros autores. Trata-se do fato de que, na história, parece ser muito difícil uma delimitação temporal e sucessiva dos períodos normal e revolucionário das ciências. A proposta de Feyerabend é de que existem na verdade as duas formas de fazer ciência (normal e revolucionária) simultaneamente, em maior ou menor grau de predominância de uma sobre a outra em certos períodos.³⁷

As concepções de Kuhn, com sua perspectiva *gestáltica* para tentar compreender a incomensurabilidade entre paradigmas e a radicação sociológica e psicológica do conhecimento científico e de sua mudança (denegrida por Popper e seus seguidores), arejaram as idéias “etno-científico-cêntricas” da tradição epistemológica poperiana e pré-poperianas, continuando e aprofundando o processo de reconhecimento do enraizamento social, cultural e histórico do conhecimento científico no âmbito da

³⁴ Continuarei usando o termo paradigma por esse estar já consagrado, mas com o sentido de matriz disciplinar.

³⁵ Lakatos (1979, p.111-112)

³⁶ Idem.

³⁷ Feyerabend (1979).

epistemologia das ciências naturais. Esse enraizamento vincula novamente o saber aos seus construtores (individual e grupalmente) e seu modo de viver e organizar a vida. Das alturas do terceiro mundo poperiano, o saber científico começa, no fim do século XX, a ser visto na sua ligação com os homens e sua vida. Não foi à toa que gerou tanta reação e polêmica.

A idéia de paradigma trouxe o reconhecimento de que a suposta pureza e objetividade do conhecimento científico como descrição do mundo está longe da realidade. Esse conceito realça que o conhecimento científico se encontra, como todos os outros, submerso numa névoa humana, social, política e cultural que faz parte da modelagem da percepção e da estruturação perceptiva do mundo, por mais objetivo que se queira ser. O paradigma, assim, para além de ser uma barreira intransponível no caminho para a objetividade, seria constitutivo do desenvolvimento do conhecimento científico "normal".

A noção de incomensurabilidade entre paradigmas (cujo núcleo central refere-se ao fato de que os significados dos termos e conceitos - e assim dos próprios fatos - nas teorias científicas mudam de teoria para teoria, de modo que uma não pode ser totalmente reduzida ou traduzida nos termos da outra, implicando que as teorias são em certa medida incomparáveis racionalmente) introduz um princípio relativista incontornável na epistemologia, princípio esse lamentável para os defensores do alto estatuto da ciência.

Todavia, de um outro ponto de vista, por exemplo, conforme Fleck (1986), a existência dos paradigmas e sua incomensurabilidade, assumida e tematizada explicitamente, torna-se condição de possibilidade de uma epistemologia comparada, quebrando o monopólio momentâneo de um paradigma e a compulsão de identificar seus frutos com a "verdade". Nesse sentido, atenuam a etnocêntrica e centralizadora perspectiva epistemológica e política do progresso científico da sociedade e do homem, segundo a qual a ciência contemporânea seria o supra-sumo da evolução do saber, e a nossa sociedade e o nosso modo moderno de viver, que produziu a ciência, seriam os melhores.

A incomensurabilidade obriga-nos ao reconhecimento de que a ciência (ou uma teoria dentro dela) é só mais uma perspectiva dentre muitas possíveis, sendo que a comparação ou avaliação dessas muitas entre si é impossível de ser feita apenas racionalmente, ou seja, deve sempre levar em conta valores, preferências individuais,

sociais e culturais, modos de viver ligados a pessoas e grupos sociais distintos que a constroem, aceitam, defendem ou rejeitam. O que levanta de imediato a possibilidade e a necessidade de dar voz aos cidadãos envolvidos tanto na geração quanto na aplicação dos conhecimentos, para além de intelectuais e cientistas. Isso do ponto de vista político é inovador.

Por outro lado, a incomensurabilidade implica o reconhecimento das dificuldades de comunicação e de construção de consensos abertos, democráticos (não mediados pela força ou por alguma regra de racionalidade dada *a priori*) sobre os significados, a veracidade e a utilidade dos conhecimentos científicos e, inclusive, dos não científicos.³⁸ Ou seja, questiona a aura de universalidade do conhecimento científico, argumento maior dos imperialistas da razão que buscam resolver os problemas do mundo (inclusive de saúde) à distância, desconsiderando os aspectos regionais, os vários mundos diferentes, com funcionamentos diferentes na sua relação com o homem.

Isso é relevante porque é comum que os intelectuais mais humanistas preocupem-se, no máximo, com o cuidado e adequação da *aplicação* do saber científico a “vítimas” distantes, aplicação essa considerada desejável e necessária *a priori*. A incomensurabilidade gera problemas pois assume os regionalismos dos mundos e faz entrar em cena as pessoas envolvidas na produção e na aplicação do saber científico, que fica limitado, assim, no seu deslocamento geográfico e cultural à distância e na sua ambição de universalidade. Todavia, isso não parece em nada contra-indicá-la.³⁹

A outra contribuição de Kuhn diz respeito à sua descrição da *ciência normal*,⁴⁰ em todos os aspectos semelhante à descrição mais precoce elaborada por Fleck (1986), inclusive nela inspirada. Kuhn não só reconheceu como descreveu e revalorizou a atividade científica rotineira, que sintetizou como sendo a resolução de enigmas de acordo com certas regras do jogo, fazendo analogia com os quebra-cabeças (*puzzles*). Tal descrição da

³⁸ Usando por extensão essa idéia aos vários conhecimentos e não só aos científicos, seguindo Fleck (1986) e Feyerabend (1991).

³⁹ A meu ver isso não significa prejuízo, ao contrário: é condição de um novo tipo de reconstrução/aplicação mais fértil, mais heterogênea e muito menos perigosa ou autoritária do saber. Mas a discussão desse aspecto foge ao objetivo deste ensaio.

⁴⁰ Aqui não retomo tal descrição em detalhe senão em alguns aspectos bem gerais. Boa discussão a respeito encontra-se em Stengers (1979), que usaremos, e à qual remeto o leitor para mais detalhes juntamente à clássica “A estrutura das revoluções científicas” de Kuhn (1987).

atividade da ciência normal, e principalmente da iniciação dos cientistas no fazer de suas respectivas disciplinas, mostrou como em época normal a atividade intelectual científica é muito restrita e delimitada, de modo que o iniciante e o pesquisador possam usar (e assim pressupor) a teoria em vigor, os métodos e os modos de solução de problemas já conhecidos, aplicando-os a novas facetas e detalhes da experiência, esta conformada pela perspectiva teórico-metodológica usada. Tentando resolver, por semelhança a situações já conhecidas, novos pequenos enigmas, os cientistas normais estendem e detalham os domínios do paradigma em questão. De tal modo que, ou se tem êxito na tarefa, e o paradigma é corroborado, ou a solução conjectural do enigma pelo cientista particular é que é contradita.

O modo como o aprendiz aprende a ser cientista, segundo Kuhn, é baseado nos exemplos dos seus professores e nos manuais em que estuda, onde as contradições entre teorias são obscurecidas, e uma linha de progresso lógico é sutilmente estabelecida entre as antigas teorias e as contemporâneas. Isso desmistifica o autodidatismo e a genialidade folclóricas da figura do cientista, mostrando uma semelhança impressionante entre a ciência e as outras tradições.

O aprendizado científico é um aprender a ver, a enquadrar problemas e aspectos do mundo de um jeito específico, fazendo perguntas de determinado modo, adquirindo habilidades manuais, operativas e cognitivas de forma dirigida, lançando hipóteses muito restritas, referidas a um saber já acumulado que serve como “regra do jogo” e assim eliminando outras possibilidades de interrogação, interpretação e investigação. Essas regras do jogo supõem uma cosmologia, um certo grupo de valores, de preferências e de interesses que, longe de qualquer neutralidade e objetividade, dirigem e, ao mesmo tempo, possibilitam a investigação científica normal. Esta última, então, passa a ser mais dogmática do que se imaginava, mais destinada a reafirmar as suposições básicas do paradigma do que a solucionar relevantes problemas do mundo ou responder a perguntas fundamentais sobre a natureza do mundo, do homem etc.

Sendo eminentemente auto-referenciada⁴¹, a comunidade científica e sua cultura ganham, desse modo, um peso antes negligenciado na construção e legitimação do conhecimento.⁴² Lendo uma literatura restritíssima que circula apenas internamente, desobrigados de explicar ou responder a quaisquer questionamentos ou opiniões vindas de fora de seu universo técnico (que por definição é um ambiente incompetente), os cientistas vivem num mundo peculiar, estabelecendo relações complexas com sua própria comunidade, com a sociedade e com o saber.

Essas relações estão cada vez mais caracterizadas, pelos que as estudam cientificamente, como de múltiplas dimensões e nada puramente racionais ou metodológicas.⁴³ Vale lembrar, a esse respeito, que o recurso à natureza como decisora das questões importantes sobre a verdade dos fatos só ocorre *depois* que os cientistas já lograram obter uma unanimidade entre si e até fora de seu círculo a respeito dos fatos em questão. Ou seja, estabelecidos os fatos, a natureza é convocada para apagar todos os rastros da construção dos mesmos, com suas disputas, polêmicas e debates. Segundo esses estudos vêm demonstrando, as estratégias de legitimação de linhas de pesquisa e verdades internamente e externamente à comunidade científica, além de restritas e direcionadas por paradigmas, necessitam aliados poderosos e confluências diversas, que passam por dimensões muito mais sociológicas, políticas, econômicas e psico-cognitivas do que a maioria dos epistemologistas se dispõe a aceitar. O processo de pensamento dos cientistas parece não diferir do das pessoas comuns,⁴⁴ ou, em outras palavras, “ciência e técnica são farinha do mesmo saco que os processos usuais do coletivo.”⁴⁵

Pode-se considerar que as idéias kuhnianas lançam luzes consideráveis sobre a ciência. Elas iluminam os muito humanos e relativamente tradicionais modos de iniciação e progressão na comunidade esotérica científica pelos iniciantes, conforme a tradição (teórica, metodológica e prática) de sua disciplina.

⁴¹ Stengers (1997, p.83-5).

⁴² Fato já enfatizado por Fleck através de seu conceito de coletivo de pensamento.

⁴³ Latour (2000), Feyerabend (1985).

⁴⁴ Latour (2000, 1997).

⁴⁵ Lévy (1993, p.189).

É claro que na ciência, como pano de fundo, sempre há o manto ideológico da descoberta da natureza, mas essa “descoberta” nada tem de universal ou objetiva: é tão “enviezada”, específica e dirigida que se pode confundi-la com o resultado de um conjunto de “seitas esotéricas intelectuais” (com suas técnicas e tradições de pesquisa altamente especializadas) mais ou menos semelhantes, altamente idiossincráticas e culturalmente localizadas, que usufruem do prestígio e da aceitação da macroinstituição Ciência, à qual muitas maravilhas do século XX são creditadas (da viagem à lua à internet, do automóvel ao forno de microondas na nossa casa) e à qual a maior parte do mundo parece já ter se rendido.⁴⁶

Observando-se a ciência na área da saúde, tendo em mente as idéias kuhnianas, é possível notar uma fase científica “normal”, em que um grande paradigma ou matriz disciplinar - que pode ser chamado de paradigma biomecânico ou positivismo mecanicista - vigora sem questionamento e monopoliza as investigações médicas amplamente, e a prática clínica em grande e cada vez maior medida.⁴⁷

Em que pese alguma manifestação de insatisfação ou reconhecimento de limites dos modelos conceituais e desenhos de pesquisa vigentes, a comunidade médica científica parece estar na plenitude de sua fase normal, na qual uma quase unanimidade reina, esperando e prometendo progressos baseados em novas tecnologias que fazem avançar o paradigma atual, assentado na concepção ontológico-localista e mecânico-causal das doenças, na teoria molecular da causação das doenças, no modelo do sítio receptor (para a fisiologia e a ação dos remédios) e na teoria (do monomorfismo) dos germes como agentes causais das doenças ditas infecciosas. A genética e a biologia molecular parecem ir de vento em popa como as alavancas desses modelos centrais no paradigma atual.

⁴⁶ Embora a história mostre que a rendição tenha sido militar e forçada, e não por convencimento (cf. Feyerabend 1982, 1991).

⁴⁷ Discuti mais detalhadamente essa afirmação em outro trabalho: Tesser (1999, cap.2). A aplicação das idéias kuhnianas à medicina pode ser feita ao se levar em conta que, em parte, a biomedicina é também um atividade de caráter científico, tanto em seu projeto quanto em sua prática, embora não se restrinja a isso. Nessa medida, o conceito kuhniano pode ser aplicado a ela em termos de ciência normal. Tal aplicação está discutida também em Camargo Jr. (1992a,b). Neste ponto, divirjo frontalmente de autores como Vickers (2001), para quem o termo é desprovido de significado conceitual e epistemológico, nem deve ser usado na discussão da pesquisa biomédica (baseando-se nas críticas já mencionadas). Parece-me que as dificuldades/imperfeições do conceito não devem bloquear o reconhecimento desse “algo” designado por “paradigma”, sua relevância e suas funções.

Todavia, as insatisfações sociais dos pacientes e de certos terapeutas biomédicos⁴⁸ ocidentais, nos últimos trinta anos, têm crescido e se manifestado na consistente e progressiva procura de formas de tratamento em saúde diferentes, conformando o que se convencionou chamar de medicinas alternativas ou complementares.⁴⁹ Indícios deixam entrever que essa procura situa-se para além de uma insatisfação com a comum má prática médica, as iatrogenias e a pobre relação terapeuta-doente, embora essas ocorram amiúde, alicerçando-se em méritos próprios de outras concepções, saberes e tecnologias em saúde-doença. Todavia, o paradigma vigente é cego e excludente desse universo de concepções e práticas, o qual, junto com os limites interpretativos e terapêuticos biomédicos, tem se avolumado numa grande quantidade de anomalias, que podem vir a configurar condições facilitadoras de uma crise paradigmática científica na área da saúde. Porém, pelo que já foi dito, parece não haver dúvidas de que isso está ainda longe de acontecer.

Nesse sentido, Kuhn, ainda que brilhante no diagnóstico e facilitador para a compreensão, exime-se de uma prescrição - ao mesmo tempo que nos alerta para o problema: caberá à dinâmica histórica, sociológica e psico-cognitiva dos cientistas (“internamente”) e à sua relação com a sociedade (“externamente”) uma possível e difícil transformação ou superação do paradigma hegemônico em saúde.

Lakatos e os programas de pesquisa científica

Imre Lakatos (1979) propôs uma visão própria de descrição e prescrição para a atividade científica numa tentativa de “reconstrução racional” da mesma. Partindo da constatação de que as teorias científicas andam em grupos com certa estruturação, o autor propôs um modelo de entendimento do desenvolvimento científico baseado nesses grupos, então chamados “programas de pesquisa científica”, tentando manter-se próximo da realidade histórica complexa das ciências.

Sucintamente, seu modelo constitui-se no reconhecimento e avaliação do desenvolvimento dos “programas de pesquisa científica”, que se compõem de um núcleo rígido formado por teorias ou princípios básicos estáveis e permanentes (de certa forma

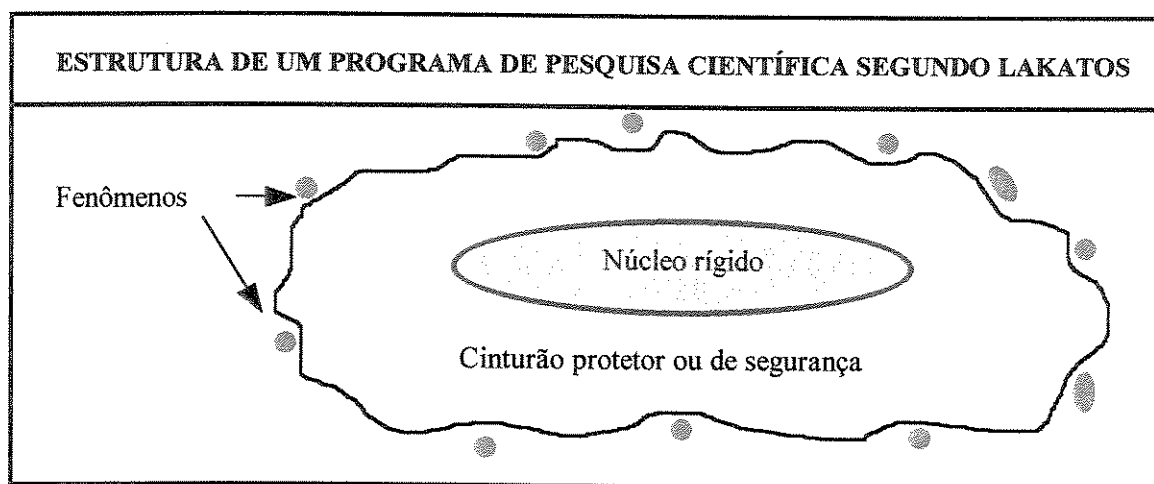
⁴⁸ Cf. Barros (1997).

⁴⁹ Cf. Ernst. (ed.) (2001).

dogmáticos), que fica cercado e protegido pelo que chamou de cinturão de segurança ou de proteção, composto por teorias auxiliares e métodos que estão articulados ao núcleo rígido e que fazem a sua aproximação e adaptação à realidade. A esse cinturão cabe o trabalho permanente de articulação, auto-transformação e contato com a realidade; e também a geração de novas teorias auxiliares, fatos e hipóteses construídas de modo a aperfeiçoar esse contato e adaptação, que se dá, assim, apenas na periferia do “programa de pesquisa”.

No funcionamento do programa, há uma *heurística negativa*, que se orienta para a preservação do núcleo rígido a qualquer custo, e uma *heurística positiva*, que se orienta no sentido de desviar as anomalias e questionamentos ao núcleo rígido para o cinturão de segurança, prescrevendo regras de trabalho para esse cinturão tentar incorporar os fatos anômalos e adaptar-se a eles, gerando novas teorias e fatos e, com isso, desenvolvendo o programa positivamente. Se isso tem êxito, o programa é bom e está numa fase proliferativa ou produtiva. Se isso não ocorre, ou se, após certo tempo de desenvolvimento produtivo, ele se esgota, e o programa começa a estagnar, sem adaptação das teorias do cinturão ou geração de novos fatos reinterpretativos das anomalias, ou se, ainda, essas começam a ameaçar o núcleo rígido de forma reiterada, o programa está em degeneração.

Tentando uma representação gráfica de um programa de pesquisas lakatosiano, teríamos mais ou menos o seguinte esquema⁵⁰ :



⁵⁰ Retirado de Chibeni (1999).

Com isso (de um modo muito simplificado), poder-se-ia entender a evolução da concorrência entre grupos de teorias e suas relações entre si nos programas de uma forma racional, sem a necessidade da noção de progresso na direção da verdade, através da sucessão ou concorrência entre os programas, sem o recurso positivista à verificação empírica (ainda que sendo sofisticadamente falseacionista⁵¹) e mantendo-se dentro dos marcos da tradição epistemológica de uma reconstrução racional da história e da ciência.

Cabe salientar que o modelo de Lakatos baseia-se no que chamou de *decisões metodológicas* dos cientistas: decisões tomadas ao eleger os princípios do núcleo rígido e do cinturão, ao administrar a articulação das teorias à realidade, ao julgar o tempo todo o resultado da afronta da realidade ao núcleo rígido, e ao trabalho do cinturão de proteção em se adaptar a ela, gerando novos fatos, tecnologias, hipóteses e teorias auxiliares. Para essas decisões, é que Lakatos prescreve certas estratégias e orientações, nem sempre muito claras, nas quais não me deterei aqui. A natureza de tais decisões são o núcleo das críticas e polêmicas sobre o modelo de Lakatos.

É inevitável comparar os programas de pesquisa científicos aos paradigmas de Kuhn, e os próprios autores o fazem. Kuhn sintetiza tais diferenças, minizando-as, através da sua famosa analogia *gestaltiana*⁵²: onde um vê sucessão de paradigmas (Kuhn), outro vê disputas de programas de pesquisa (Lakatos) e outro, ainda, vê falseações (Popper); como nas figuras de *gestalt*, onde ora se vê um coelho ora se vê um pato na mesma figura. Lakatos, no entanto, diverge das conclusões e do modelo de Kuhn, que interpreta como um psicologismo da comunidade científica, já que “o novo paradigma traz uma racionalidade totalmente nova. Não há padrões supraparadigmáticos.(...) Assim sendo, de acordo com a concepção de Kuhn, a revolução científica é irracional, uma questão de psicologia das multidões”⁵³. Ou seja, a incomensurabilidade das teorias não permitiria uma reconstrução racional do progresso da ciência. Onde Lakatos vê decisões metodológicas racionais, Kuhn

⁵¹ Lakatos se considera um falseacionista *s sofisticado* por oposição ao falseacionismo *ingênuo* (primeiramente) e (depois) *metodológico* poperianos - considera-se um seguidor de Popper - “tentei desenvolver um pouco mais o seu programa” (Lakatos & Musgrave, 1979, p.222) - uma vez que considera que a avaliação da fase do desenvolvimento e do êxito dos programas de pesquisa se daria pela sua relação com a realidade e isso poderia ocorrer de forma racional e objetiva, conforme critérios propostos pelo autor, o que o aproxima da ambição poperiana.

⁵² Kuhn (1989).

⁵³ Lakatos & Musgrave (1975, p.221).

vê crises *gestaltianas* e conversões psicológicas individuais e coletivas. Assim, para Lakatos, o que Kuhn chama de ciência normal “nada mais é que um programa de pesquisa que adquiriu o monopólio.”⁵⁴

Uma contribuição importante de Lakatos foi reconhecer, aceitar e estabelecer sem grandes polêmicas, com um linguajar mais aceitável para os racionalistas da ciência, a existência e a função dogmática dos paradigmas kuhnianos e em certa medida da ciência normal. Ao descrever os núcleos rígidos dos programas de pesquisa científicos e sua heurística negativa, que são caracterizados com funções análogas aos do dogmatismo paradigmático na ciência normal, Lakatos ao mesmo tempo polemizou com e reafirmou a propriedade das idéias kuhnianas. Nesse importantíssimo particular, Lakatos e Kuhn convergem.

A crítica fundamental ao modelo de Lakatos veio de Feyerabend. Ao centrar sua explicação nas decisões dos cientistas, Lakatos reafirma a pluralidade indeterminada e em certa medida uma não-racionalidade do fazer científico, apenas travestida de um discurso racionalista que, no fim das contas, pretende dar um ar mais realista e pragmático a decisões e avaliações imersas em preferências, crenças e interesses, maquiando-as com racionalidade conservadora. Segundo Feyerabend, o modelo de Lakatos é uma artimanha verbal de retórica para manter a racionalidade aparentemente salva, quando o próprio conteúdo do modelo cancela essa racionalidade. Daí considerar coerente tal modelo com suas idéias não-modeladoras.⁵⁵ Para Kuhn, também, a natureza das decisões internas da metodologia do modelo de Lakatos está vinculada a fatores “externos” à mesma, o que quebra a suposta racionalidade metodológica das decisões descrita pelo autor.⁵⁶

Pode-se pensar que um dos méritos das idéias de Lakatos seja o explícito reconhecimento da possibilidade de programas de pesquisa científica divergentes ou diferentes, inclusive em premissas filosóficas ou metafísicas pertencentes aos seus núcleos rígidos. Tais programas poderiam ser desenvolvidos por um certo tempo até mostrarem suas qualidades. Isso demonstraria uma normatividade epistemológica pluralista no modelo

⁵⁴ Epstein (1988, p.123).

⁵⁵ Ver Feyerabend (1985, cap. XVI).

⁵⁶ Cf. Epstein (1988, p. 125).

teórico de Lakatos: quanto mais cedo começar a competição melhor para o progresso.⁵⁷ Ou seja, essa prescrição quebraria o monopólio de algum programa hegemônico, privilegiado e drenador de recursos.

Lakatos aconselha enfaticamente a proliferação de teorias, todavia, ao mesmo tempo prescreve um critério muito conservador para a eleição de um programa sobre o outro: apenas se poderia “falsear” (eliminar) um programa se outro concorrente se mostrasse melhor. Mas não acrescenta, e esse parece ser o seu grande limite, soluções para o julgamento de programas novos para além dos critérios já instituídos, que estão vinculados a programas já existentes. Ou seja, o caráter conservador da proposta fica inelutável.⁵⁸

Outro limite parece ser o fato de que o modelo de Lakatos não ajuda a compreensão da persistência e do monopólio de certos programas de pesquisa, a não ser pela vertente conservadora e simplista que consideraria que persistem por não terem rivais a altura, denotando uma perspectiva histórica e política no mínimo ingênua.

Assim, de um ponto de vista geral, as propostas de Lakatos assemelham-se às de Popper. As idéias centrais de privilégio e excelência para a Ciência, com o descrédito implícito de tudo o mais, permanecem, ainda que dentro de um enquadre um pouco mais amplo. As dissidências internas na Ciência seriam supostamente toleradas pelo princípio da proliferação, se conseguirem constituir um programa de pesquisa que sobreviva.

Uma olhada para a área da saúde mostra méritos e limites em tal modelo. Primeiro, fica claro que impera um programa quase único na biociência voltada para a terapêutica (por analogia ao paradigma dominante biomecânico ou biomolecular já comentado). Vivemos sob o monopólio de um grande programa de pesquisa, que, provavelmente todos concordarão, ainda vive uma fase proliferativa e progressiva com geração de muitos fatos novos.

⁵⁷ Epstein (1988, p.123).

⁵⁸ A proliferação de teorias é essencial para o falseacionismo sofisticado de Lakatos quando de sua prescrição da metodologia de progresso: só se deve (e pode) refutar hipóteses e teorias em troca de outras melhores, e a qualquer momento (sendo impossível refutá-las sozinhas e desnecessárias crises kuhnianas). Mas, para isso, é necessário *haver dentro da ciência* outras teorias e hipóteses alternativas.

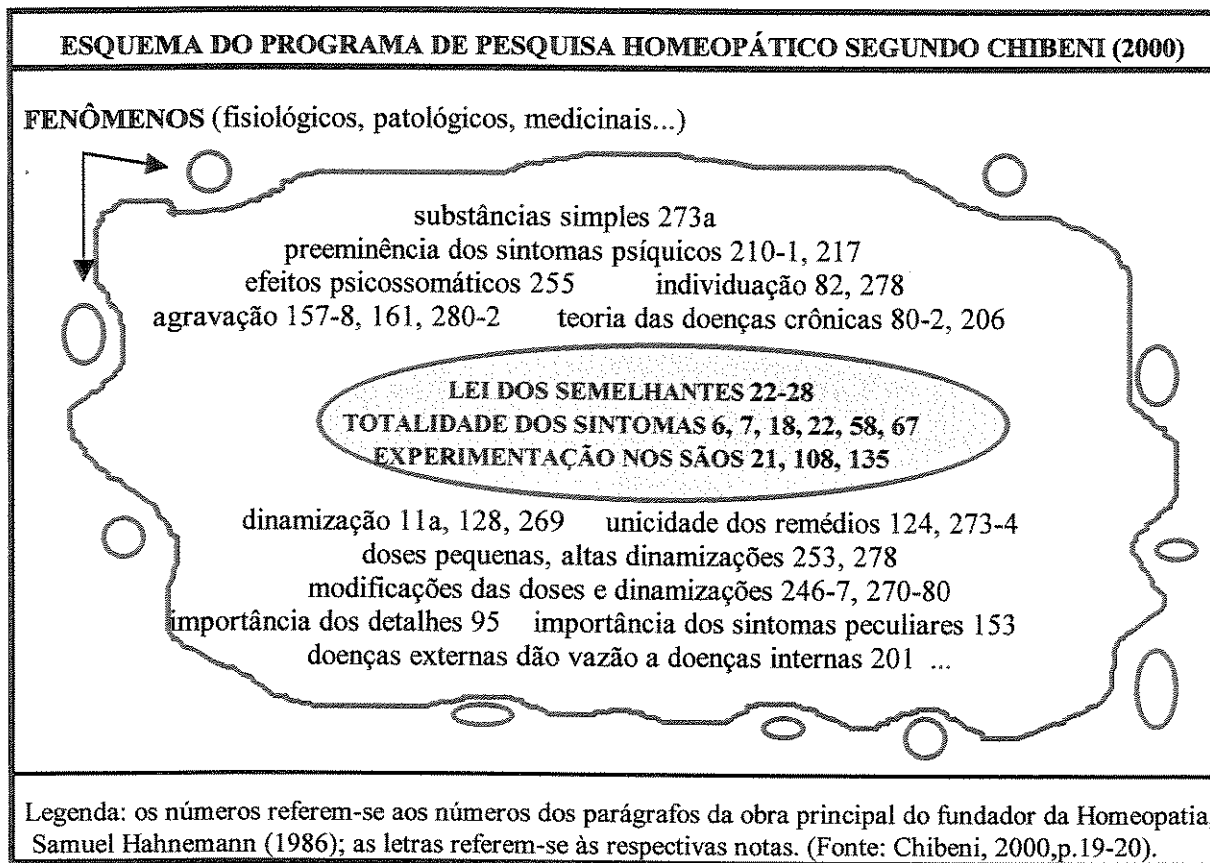
Onde estariam as novas teorias - concorrentes - na biociência ou na terapêutica? A resposta é que já estão incorporadas ao grande programa em vigor (terapia gênica, etc.⁵⁹), ou estão fora dele, dispersas socialmente, nas medicinas alternativas, etc. Essa realidade reforça a tese kuhniana sobre o funcionamento da ciência normal na área da saúde. O lado conservador do modelo lakatosiano fica muito patente nessas circunstâncias: dado o monopólio, todas as decisões tão essenciais na avaliação dos programas defendem o hegemônico, tornando-se conservadoras e obstruindo o nascimento e desenvolvimento de hipóteses heterodoxas e de programas de pesquisa alternativos, que assim não podem nem existir, quanto mais concorrer.

Na saúde, a aplicação das idéias lakatosianas sobre a proliferação de programas de pesquisa diferentes seria altamente fértil, uma vez que se poderia mapear saberes e práticas em saúde distintos, que pudessem constituir-se em proto-programas de pesquisa, e tolerar sua convivência e seu desenvolvimento por certo tempo, de modo a sair da mesmice “programática” instituída na biociência. Que tempo seria esse, que critérios e quem julgaria o desenvolvimento de programas alternativos permanece em aberto, uma questão eminentemente política, ao mesmo tempo que cultural, pragmática e epistemológica.

No Brasil, um exemplo de aplicação na área da saúde do modelo de Lakatos foi recentemente desenvolvido em relação ao estudo epistemológico da teoria médica homeopática (a partir dos escritos do seu fundador Samuel Hahnemann) por Chibeni (2000, 2001). Nesses trabalhos, o autor mostra a coerência e pertinência da homeopatia como um programa de pesquisa médico-terapêutico genuinamente científico, bem estruturado, apto a ser desenvolvido em suas próprias bases, dentro do rigor da cientificidade e da epistemologia lakatosiana, que inclusive prescinde das definições e critérios “alopáticos” como norteadores ou termos de comparação, permitindo uma abordagem científica dessa medicina, respeitando seu núcleo rígido, sem reduzi-la aos padrões vigentes na academia contemporânea.

⁵⁹ Vale comentar que algumas pesquisas de ponta em algumas áreas indicam mudanças significativas em partes do programa dominante, como, por exemplo, a “teoria da rede” da nova imunologia, que enriquecem e mesmo questionam teorias, saberes e práticas instituídos. Com dificuldade para seu desenvolvimento, esses “subprogramas” questionadores tentam sobreviver e crescer nas brechas do grande programa biomecânico da biomedicina (em geral precariamente).

O quadro abaixo traz o resultado esquemático do trabalho mencionado, mostra uma constituição teórica possível em termos de um núcleo rígido e seu cinturão protetor para um programa de pesquisa científico homeopático, pensado nos seus aspectos fenomenológicos.



Resta, todavia, colocar um tal programa de pesquisa em prática dentro do âmbito acadêmico, o que nunca foi feito entre nós - e aí está talvez um dos maiores argumentos sobre a “politicidade” ou não racionalidade de tais decisões e questões, uma vez que quem controla o financiamento das pesquisas médicas, via de regra, está vinculado ao núcleo rígido do modelo “alopático”, ou seja, “convulsiona” ao ouvir ou ler palavras como lei dos semelhantes, homeopatia, etc.

Feyerabend: uma epistemologia e um relativismo democráticos

Uma discussão epistemológica das idéias de Feyerabend não só seria desnecessária como difícil, dada sua escassez na literatura epistemológica. A respeito dos argumentos epistemológicos, históricos e “técnicos” de Feyerabend parece que há pouco a se dizer.⁶⁰ As polêmicas transitaram ao redor das posições “político-epistemológicas” assumidas pelo autor e algumas idéias polêmicas do mesmo.⁶¹

Desviarei de seu ataque “contra o método”⁶² para sintetizar algumas de suas idéias filosóficas, culturais e políticas, começando por sua visão crítica sobre a Ciência como tradição. Retornarei à visão do autor sobre a metodologia no capítulo 2.

Feyerabend localiza na Grécia antiga o nascimento de uma tradição que foi a mãe da Ciência contemporânea e continua sendo seu esteio de pressupostos filosóficos e metafísicos. O autor a chamou de tradição teórica. Ela surgiu e se consolidou vitoriosa, sob certos aspectos, em oposição a outros tipos de tradições, chamadas pelo autor de tradições históricas ou empíricas. No ocidente, as tradições teóricas estão intimamente ligadas ao aparecimento da filosofia e das ciências teóricas como a matemática, a astronomia, a física básica (ou seja, as ciências naturais), enquanto as tradições históricas estão contidas nas artes e outras formas de conhecimento prático⁶³.

Tradições teóricas

Os fundadores da tradição teórica ou abstrata em questão (Ciência, no sentido de hegemonia das ciências naturais), que vieram a ser chamados filósofos, negaram que o mundo fosse tão rico e o conhecimento tão complexo quanto as capacidades e o senso comum da sua época pareciam sugerir. Distinguiam entre um “mundo real” e um “mundo de aparências”. Ao apresentarem a questão, o mundo real era simples, uniforme, sujeito a leis universais constantes e iguais para todos.

⁶⁰ Ver, por exemplo, uma produção mais “técnica”: Feyerabend (1965, 1965b, 1969, 1970, 1975, 1977).

⁶¹ Ver, por exemplo, Oliva (1990) em que o autor centra toda sua análise crítica de Feyerabend num suposto projeto de anarquismo epistemológico atribuído ao autor, que este mesmo não defendeu enfaticamente, a não ser no seu “Contra o método” (1985), e mesmo assim de forma relativa.

⁶² Feyerabend (1985).

⁶³ Feyerabend (1991, p.198).

Os membros das tradições teóricas identificam o conhecimento com a universalidade, consideram as teorias como as únicas detentoras de informação relevante e tentam raciocinar de uma forma convencional ou “lógica”. Pretendem colocar o conhecimento sob o domínio de leis universais.

Os filósofos interpretaram o desenvolvimento como o aparecimento gradual da realidade que até ali estava oculta pela ignorância e pela superficialidade. Posteriormente, os cientistas, mais empíricos e práticos, acoplaram dispositivos especiais às provas filosóficas e lógicas, esses dispositivos ficaram conhecidos como experimentos (em laboratórios). Tal “descoberta” pareceu demonstrar que o verdadeiro conhecimento podia servir para julgar as tradições de uma forma não tradicional. Os modernos seguidores dos filósofos e alguns realistas da ciência salientam que as teorias científicas são criações do homem e que a ciência é uma tradição entre muitas. Mas acrescentam que só a tradição científica conseguiu compreender e mudar o mundo. As teorias, dizem, desempenharam um papel importante nessa dupla realização. Revelaram uma ordem subjacente à confusa abundância de impressões e opiniões, apresentaram pontos de ataque para as mudanças projetadas e reduziram consideravelmente o conjunto de fatos a recordar. Deste modo, se nos ativermos a alguns fatos - as características gerais selecionadas pela ciência - poderemos ignorar outros.⁶⁴

Ao desenvolverem suas opiniões, os filósofos - e posteriormente os cientistas - construíram, mas destruíram também. Inicialmente, eram destituídos de força física e, por conseguinte, recorriam às palavras, e não às armas, para atingir seus objetivos. Uma enorme parte de seu trabalho consistiu no combate, ridicularização e, se possível, eliminação de idéias e práticas que não correspondiam aos seus modelos idiossincráticos. Todos elogiavam a unidade e denunciavam a abundância. Exércitos de escritores, professores e diretores de escolas empreenderam uma luta contra os modos bastante tradicionais, indefinidos e não regulares de pensar, falar, agir e organizar as vidas públicas e particulares.⁶⁵

⁶⁴ Ibidem (p.146-8).

⁶⁵ Ibidem (p.140-1).

As tradições teóricas científicas formulam afirmações. Estas estão sujeitas a determinadas regras (regras de lógica; regras de testagem; regras de argumento) e os acontecimentos afetam apenas as afirmações que são consentâneas com as regras. Deste modo, considera-se ficar garantida a “objetividade” da informação veiculada pelas afirmações, ou do “conhecimento” que contém. É possível compreender, criticar ou melhorar as afirmações sem ter estado em presença dos objetos descritos.⁶⁶

Nessas tradições, acredita-se que as leis da natureza são mais do que abstrações. Características como massa, velocidade e distância (no caso da mecânica clássica) estão ligadas de maneira independente dos interesses daqueles que as escolheram. Esse fato as afasta de outras características (como as cores, ou os cheiros) que não conduzem do mesmo tipo, ou apresentam ligações de natureza “fraca” ou fortuita. Revela estarmos em presença de propriedades reais e não apenas de objetos acidentais da nossa curiosidade. Um investigador interessado na realidade aceita tais propriedades, ignora (ou “aniquila”) as restantes características de uma situação e serve-se das teorias para se orientar no processo de aniquilação.

O argumento parte do princípio de que o que é legal - ou está associado a leis - se insere num nível diferente de existência do que o específico ou o idiossincrático: faz parte de um mundo que existe e se desenvolve independentemente dos pensamentos, vontades, impressões do investigador e, por conseguinte, é “real”.

Esse pressuposto não resulta da investigação, mas de uma metafísica que separa a Natureza e a Humanidade, tornando a primeira inflexível, legítima e inacessível, e a segunda voluntariosa, inconstante e afetável pela menor perturbação.⁶⁷ Tal metafísica deixou uma sombra epistemológica que continua conosco sob a forma de diversas versões do realismo (científico). Ela pode ser criticada, fazendo notar que ligar a realidade à legalidade significa defini-la de forma bastante arbitrária⁶⁸.

⁶⁶ Ibidem (p.343).

⁶⁷ Essa é metafísica fundadora da Grande Divisão moderna entre o reino do natural e do social, segundo Latour (2000).

⁶⁸ Do ponto de vista militar, político ou utilitário, deve-se reconhecer a imensa eficácia desse procedimento, pois a redução do mundo às leis científicas afunila e facilita sobremaneira o seu controle pelos que as manipulam e aplicam. Para uma análise da utilidade logística, militar e política dos métodos da ciência, sob um ponto de vista sociológico, que busca reconstruir as redes de práticas sociais tecidas pela ciência, ver Latour (2000a). Vide também Lacey (1998) sobre o controle como valor central da modernidade e da ciência

Há ainda que se considerar que os diversos pontos de vista usados para conferir realidade a algumas características e negá-la a outras não formam um todo coerente, mas colidem uns com os outros e com as provas que supostamente os sustentam. A resposta habitual para este problema é que a coerência se pode obter por “aproximação”. Em alguns casos, a resposta está correta, incompleta noutros e destituída de significado ainda noutros: a realidade que a Ciência pretende definir, e de que se serve para “aniquilar” os ingredientes mais díspares do nosso mundo, encontra-se em constante redefinição a fim de se adaptar à moda corrente⁶⁹.

Doutra parte, os adeptos da tradição científica hegemônica amiúde empregam também certos critérios sem referência alguma a sua origem ou aos desejos de quem os utiliza ou a seu grupo. Isso não autoriza ou fornece nenhuma “racionalidade” ou “objetividade” a esse modo específico de falar (senão que oculta seus interesses e idiosincrasias pessoais, grupais e culturais): “a falta de toda impressão de subjetividade não é uma prova de 'objetividade', senão a prova de uma omissão”.⁷⁰ As tradições teóricas procuram criar informação que já não depende de ou “se relaciona” com condições especiais. A informação regional, nestas tradições, ou é ignorada, ou afastada, ou incluída em pontos de vistas genéricos e, assim, modificada na sua natureza.⁷¹

Para Feyerabend, ao contrário da tradição teórica hegemônica na ciência, as afirmações que implicam regularidades não-históricas são idealizações ou “instrumentos” e não descrições fiéis da realidade.

Tradições históricas

Os membros das tradições históricas pensam de modo diverso. Acentuam o que é característico, onde muitas vezes se incluem regularidades. Assentam suas idéias em listas, histórias, apartes, narrativas dramáticas, raciocínio com base no exemplo, na analogia e na livre associação. Recorrem a regras “lógicas” quando essas vêm ao encontro de seus propósitos. Salientam também a pluralidade e, por via dessa, a dependência da história no que se refere aos padrões da lógica. Nessas tradições, o conhecimento está sempre e

⁶⁹ Feyerabend (1991, p.149-50).

⁷⁰ Idem (p.95).

⁷¹ Ibidem (p.199).

necessariamente ligado às coisas, às pessoas que o geram e aos seus objetivos; e, assim, ao contexto social, às necessidades pragmáticas, históricas e culturais localizadas.

As tradições históricas produzem conhecimentos que se restringem, quer explicitamente, quer pelo uso, a certas regiões, e dependem de condições que especifiquem essas regiões; produzem um *conhecimento regional* ou, no que respeita às condições, *relativo* (do que é bom ou mau, verdadeiro ou falso, belo ou feio, etc.).⁷²

A forma de produção do conhecimento na tradição histórica é por “imersão empírico-existencial”, ou por “experienciação”. Esse conhecimento, que permite captar e interpretar fenômenos como as nuvens, o aspecto do horizonte, os sons característicos de um bosque, a expressão dos rostos das pessoas e seus gestos etc., sustenta a vida inteira de indivíduos, tribos e civilizações. Apenas uma parcela desse conhecimento tácito pode ser articulado no discurso e, se isso suceder, então é necessário um conhecimento desse mesmo tipo para ligar as palavras às correspondentes ações.

As tradições históricas usam uma diversidade de veículos para produção, acúmulo e transmissão de conhecimentos, que vão desde as listas (de costumes, regras, descrições etc.), os esquemas classificatórios (também usados nas tradições teóricas, que são multidimensionais mas estáticos), as histórias simples e as complexas (que evocam esquemas cósmicos e explicam características que posteriormente transformam-se em propriedades abstratas), até narrativas dramáticas. Assim, um personagem é corajoso, e isso revela-se na história contada por seus atos. Mas sua coragem pode descontrolar-se e ele comportar-se como louco. Desse modo, o conceito introduzido não é uma entidade abstrata, não está separado das coisas, das pessoas e situações. É um aspecto delas, está adaptado às circunstâncias em que é dado a conhecer e muda em conformidade com elas. Mais complexa ainda é a narrativa dramática, em que aspectos das nossas vidas sociais, que se afiguram aproblemáticos no discurso normal cotidiano, são enaltecidos, revelados ou problematizados.⁷³

⁷² Ibidem (p.198).

⁷³ Ibidem (1991, p.135-9).

Os membros das tradições históricas usam também, como os teóricos, argumentos, mas falam de maneira diferente. Presumem que os objetos possuem já uma linguagem própria e procuram apreendê-la. Fazem-no por imersão, tal como as crianças pequenas se familiarizam com o mundo. Procuram aprender a linguagem dos objetos tal como são e não como se apresentam depois de terem sido sujeitos a processos “estandardizados”. Categorias da abordagem teórica, como o conceito de uma verdade objetiva, não podem descrever um processo dessa natureza, que depende das idiossincrasias tanto dos objetos e situações como dos observadores (não faz sentido falar da objetividade de um sorriso que, conforme o contexto, pode ser visto como um sorriso bondoso, cruel ou enfasiado).⁷⁴

Jullien (2000, p.50) fornece um exemplo de como se apresenta a sabedoria tradicional histórica, analisando os escritos de Confúcio. Sobre o mesmo tema (por exemplo, o que é a piedade filial?), Confúcio poderá responder de modo diferente a cada um de seus interlocutores sucessivos: longe de ser obrigado por uma definição, o que ele diz é sempre *a propósito*, em situação. Confúcio até pode, no mesmo momento, responder o inverso a um filho e a outro que lhe solicitam uma mesma questão: a um ele aconselha consultar primeiro seus pais, a outro passar de imediato à prática. Não há contradição nisso, e o mestre se explica: o segundo tende a permanecer retirado, donde o empurra para a frente; o primeiro tem ardor por dois, donde procura retê-lo. Como depende da ocasião, a consideração de sabedoria só pode ser circunstancial: o possível é sempre a se “pesar”. Logo, sem a preocupação com a essência ou a verdade (abstrata, atemporal). A observação não varia apenas em função do interlocutor e do momento, varia também em função do viés tomado. Daí a extrema diversidade encontrada nas *Conversações* de Confúcio.

No entanto, as tradições históricas, apesar das características descritas, não fazem apenas “afirmações singulares”. Quando elas falam diretamente do conhecimento e de suas verdades, fazem “afirmações genéricas”, “universais”. Mas, nesse caso, elas não são semelhantes em seu conteúdo, em seus objetivos e em seu uso às correspondentes afirmações das tradições teóricas.

⁷⁴ Ibidem (p.343).

As relações entre as tradições

As tradições teóricas e históricas têm se digladiado desde os primórdios do pensamento ocidental. A competição iniciou-se com a antiga luta entre “filosofia e poesia”, prosseguiu e sobreviveu até os dias de hoje – na psicologia, na biologia, na medicina, na ecologia e até na matemática. Pode-se sintetizar as relações entre as duas tradições do seguinte modo: tanto as tradições históricas como as teóricas são tradições de direito próprio, com suas próprias leis, objetos, métodos de investigação e crenças associadas. O racionalismo não introduziu ordem e saber onde antes havia caos e ignorância; introduziu um tipo de ordem específico, estabelecido por processos especiais e diferentes da ordem e dos processos das tradições históricas.

A abordagem teórica encontrou dificuldades, tanto no seu seio quanto na tentativa de transformar as tradições históricas implícitas nos ofícios. A maior parte dessas dificuldades chegou aos nossos dias e ainda não foi resolvida. Na medicina, continua a verificar-se o choque entre os teóricos do organismo, que avaliam a doença numa única perspectiva “objetiva”, e os clínicos, que afirmam que o conhecimento de uma doença pressupõe interações pessoais com o doente e a sua cultura. Os problemas aumentam quando passamos da medicina, via psicologia, para a sociologia, a antropologia, a história, a filosofia, chegando até a matemática.⁷⁵

O regionalismo dos fenômenos nunca foi superado, nem pela ciência nem pela filosofia. O que temos são modestos êxitos em domínios restritos e promessas grandiosas mascaradas de resultados já alcançados⁷⁶. É verdade que, mesmo realistas, como Popper, se opõem a atitudes redutoras e buscam ser ao menos pluralistas, concebendo que existem diferentes realidades como pedras, árvores, gêneros alimentícios, corpos humanos, dores de dentes, decisões governamentais, romances, etc., e mesmo as nossas decodificações disso tudo. Mas as entidades acabadas de mencionar só podem ser partes do mesmo universo real se as teorias que as constituem se unirem de imediato – e não sucede assim. A dificuldade não é formal, embora dificuldades dessa ordem possam também existir, mas articula-se ao

⁷⁵ Ibidem (p.144-5).

⁷⁶ Ibidem (p.200).

fato (“incomensurabilidade”⁷⁷) de que algumas das idéias a serem unidas, quando aplicadas, negarem as condições de aplicação das outras; quer dizer, mais uma vez se articula com o seu caráter “relativo” ou “regional”.

Todavia, ainda que isso seja impecilho para a tradição teórica, nada disso afeta os cientistas práticos: na prática científica “real”, não existe pudor em combinar particularidades de teorias diferentes de modo a provocar um ataque cardíaco aos puristas. Para eles, a ciência não é “uma tradição teórica expressa em sistemas dedutivos”, como afirma Popper, mas uma tradição histórica no sentido em que se acabou de especificar.⁷⁸ O “Contra o Método”⁷⁹ dedicou-se a questionar os mitos a respeito da pureza e unicidade do suposto método científico.

Isso conduz, como conclusão que merece destaque, a que **as tradições teóricas opõem-se às tradições históricas na intenção, não no fato**. As tradições teóricas apenas querem distinguir-se e sobressair-se das históricas⁸⁰, mas operam do mesmo modo. Ao tentarem criar um conhecimento que diverge do “mero” conhecimento empírico ou histórico, conseguiram encontrar formulações (teorias, fórmulas) que *parecem* objetivas, universais e logicamente rigorosas mas que são *usadas* e, no uso, *interpretadas* de modo contrário a todas essas propriedades.⁸¹ A ciência e os seus antecessores filosóficos fazem parte de uma tradição específica. Trata-se de uma nova tradição histórica que, arrastada por uma considerável falsa consciência e tendo assumido posições de grande poder, pode transcender a percepção e a opinião humanas.

Os antagonismos, semelhanças e relações acima resumidos mostram que o conhecimento existiu antes das teorias, que ele se desenvolveu e evoluiu, e que tem um maior poder de resistência. Mostram que o “racionalismo”, a filosofia inerente à abordagem teórica, não conseguiu reduzir totalmente a abundância de formas de conhecimento que existiam quando entrou em cena e que uma redução total pode ser mais prejudicial do que benéfica.

⁷⁷ A noção de incomensurabilidade é entendida por Feyerabend com alguma diferença em relação a Kuhn, a qual é irrelevante para o nosso caso no momento. Tal diferença fica clara na bibliografia indicada.

⁷⁸ Feyerabend (1991, p.200-201).

⁷⁹ Feyerabend (1985).

⁸⁰ De novo o aspecto político, a luta pelo poder, imiscuindo-se por toda parte.

⁸¹ Feyerabend (1991, p.152).

No entanto, a questão não termina aqui, pois esses debates e antagonismos **reduzem-se à insignificância**⁸² quando comparados com a firme expansão da civilização ocidental em zonas de todo o mundo, em que as tecnologias de base científica assumem enorme papel. Deste modo, a tradição teórica científica, aparentemente quase derrotadas pelas palavras nos domínios periféricos de pouco poder (filosofia, sociologia, antropologia), parece ter ganho de fato a batalha, e naquilo em que é mais significativa.⁸³

Vitoriosa como a maior produtora contemporânea de mitos e verdades e sendo suportada por enormes forças históricas, a mecanização da nossa imagem do mundo por ela promovida não pode simplesmente ser contestada. Precisa-se de tremendas forças contrárias para efetuar a mudança. As forças contrárias existem. Em parte estão a ser mobilizadas pela agressividade da civilização ocidental, em parte criadas no seio dessa própria civilização. Espera-se que consigam vencer os perigos e inconvenientes que acompanham as suas consideráveis realizações.⁸⁴

Registre-se que essa interpretação instrumentalista e tradicional da ciência não nega a eficácia da mesma como fornecedora de tecnologias e de certos mitos; nega apenas que os objetos científicos, e só eles, sejam “reais”. Assim como não afirma que podemos passar sem as ciências. Tendo entrado em e criado um ambiente onde as leis científicas são dadas a conhecer, nós, os cidadãos da civilização ocidental, estamos em grande medida sujeitos ao seu domínio. Mas as condições sociais mudam, e a ciência acompanha a mudança.⁸⁵ Daí a importância de revisitarmos o problema do relativismo na ótica de Feyerabend.

Sobre o relativismo

O relativismo surgiu do processo de encontro de raças, culturas, costumes e opiniões desconhecidas entre si quando se defrontaram. É antigo, e suas idéias e práticas não se limitam ao ocidente nem constituem um luxo intelectual (desenvolveram-se entre os chineses e os nativos africanos ao se depararem com uma variedade de povos e costumes

⁸² Grifo meu.

⁸³ Feyerabend (1991, p.145).

⁸⁴ Idem (p.152, grifo meu).

⁸⁵ Ibidem (p.151).

diferentes). O relativismo refere-se à maneira como opiniões, costumes e tradições diferentes dos nossos podem afetar nossas vidas.⁸⁶

Pode-se dizer que o relativismo consiste em dar-se conta de que nosso ponto de vista mais querido pode converter-se em uma a mais das múltiplas formas de organizar a vida, importante para quem é educado na tradição correspondente, mas completamente desprovido de interesse - e por vezes um obstáculo - para os demais.⁸⁷ Para discutir a questão de forma propositiva e afirmativa, Feyerabend avança a seguinte tese:

Indivíduos, grupos, civilizações inteiras podem se beneficiar com o estudo de culturas, instituições, idéias estranhas (...). Por exemplo, (...) os médicos com um estudo do Nei Ching⁸⁸ ou com um encontro com curandeiros africanos, (...), os cientistas podem se beneficiar com um estudo de métodos e pontos de vista não-científicos, e a civilização ocidental em geral pode aprender muito com as crenças, hábitos e instituições dos povos "primitivos".⁸⁹

Segundo o autor, é possível um grande espectro de respostas a essa tese. Pode ser rejeitada; pode ser rejeitada em determinadas áreas; pode ser aceita restritivamente e, por último, no extremo "esquerdo" de nosso espectro, vem a opinião de que nossos pressupostos básicos, as nossas mais arraigadas crenças e os nossos argumentos conclusivos podem ser mudados - melhorados, ou reformulados, ou mostrada a sua irrelevância - em comparação com o que, à primeira vista, se nos afigura uma perfeita loucura.

Feyerabend defende a última opção, discutindo o tema e as objeções que se lhe fazem, argumentando que nem os valores, nem os fatos, nem os métodos, nem os resultados podem sustentar a afirmação de que a ciência e as tecnologias de caráter científico devem predominar sobre os outros tipos de empreendimentos. Abordarei esses quatro temas brevemente.

⁸⁶ Ibidem (p.30).

⁸⁷ Feyerabend (1982, p.92).

⁸⁸ O autor refere-se ao clássico da literatura médica da Medicina Tradicional Chinesa conhecido entre nós como Livro de Acupuntura do Imperador Amarelo.

⁸⁹ Feyerabend (1991, p.31).

Falar de valores é uma maneira indireta de descrever o tipo de vida que se pretende levar ou se entende dever levar. Por isso as pessoas organizam a sua vida de muitas maneiras diferentes. Ações normais em uma cultura são condenadas ou rejeitadas noutras. Os debates sobre o aborto, a eutanásia, a manipulação genética, a inseminação artificial, etc. demonstram de que modo os valores influenciam as opiniões, as atitudes e as ações. As tensões que subsistem aos debates verificam-se ao nível dos valores e não entre razão e irracionalidade (embora os valores defendidos façam muitas vezes parte da razão).

Existem três maneiras básicas de solucionar essas tensões: a abordagem do poder, a abordagem teórica e o intercâmbio eficaz entre grupos antagônicos.

A via do poder é simples e muito popular, sendo largamente utilizada. Sem argumento, sem tentativa de entendimento, a forma de vida dominante simplesmente elimina e ou se impõe sobre o que lhe é adverso.

A abordagem teórica recorre ao entendimento, mas não ao das partes intervenientes. Grupos especiais, entre os quais os filósofos e cientistas, estudam valores incompatíveis, organizam-nos em sistemas, encontram diretrizes para a resolução dos conflitos e a questão é resolvida. A abordagem teórica é preconceituosa, ignorante, superficial, incompleta e desonesta. Da discussão e argumentação sobre essas características, o autor conclui: “as decisões referentes ao valor e ao uso da ciência não são decisões científicas; são antes o que se poderia designar por decisões 'existenciais'; são decisões para viver, pensar, sentir e agir de determinada maneira.”⁹⁰ A natureza existencialista das decisões a favor ou contra uma cultura científica é o principal motivo dos *produtos* da ciência (televisores, bombas atômicas; penicilina) não serem fundamentalmente decisivos. São bons ou maus, úteis ou destrutivos, consoante o tipo de vida que se pretende levar.⁹¹

O intercâmbio eficaz será tratado adiante na parte sobre as propostas de Feyerabend.

⁹⁰ Ibidem (p.41).

⁹¹ Ibidem (p.36-42).

Com relação aos fatos, não é nada garantido que mesmo uma comparação científica, assentada em valores científicos, de culturas científicas e não-científicas, favoreça sempre as primeiras:

...um numero suficiente de doentes é classificado de acordo com os métodos mais avançados da medicina ocidental e depois dividido em dois grupos; um é tratado pela forma aceita no Ocidente (presumindo que tal forma existe). O outro por representantes de uma forma de medicina não-científica, como a acupuntura. De igual modo, os resultados são examinados por médicos ocidentais (se necessário, acompanhados de estudos ao longo dos anos). Qual será o resultado? A medicina ocidental conseguirá sempre os melhores resultados, de acordo com os parâmetros ocidentais? Apresentará melhores resultados na maioria dos casos? Existirão áreas em que falha e em que outros métodos prevalecem? A resposta a todas as perguntas é: não sabemos.⁹²

Quanto aos métodos, para Feyerabend, a unidade fictícia “ciência”, que deve excluir tudo o mais, simplesmente não existe. Os cientistas recolheram idéias dos mais diversos campos, com as suas opiniões a colidirem muitas vezes com o senso comum e as doutrinas estabelecidas, e sempre adaptaram os seus procedimentos à tarefa em mãos. Não existe “um método científico”, mas uma grande dose de oportunismo.⁹³

Por fim, quanto aos supostos melhores resultados da ciência, há, ainda, o velho argumento de que as tradições não-científicas já tiveram sua oportunidade, que não sobreviveram à confrontação com a ciência e o racionalismo e que as tentativas de as ressuscitar são, por conseguinte, irracionais e desnecessárias. A pergunta óbvia será: foram eliminadas por motivos racionais, deixando-as competir com a ciência com imparcialidade

⁹² Ibidem (p.42). Note-se os cuidados e propriedades do exemplo. Primeiro, são os doentes as unidades de análise (a serem classificados e tratados), não as suas respectivas doenças. Segundo, a proposta é estritamente científica, etnocêntrica e, portanto, cientificamente insuspeita. Terceiro, há um longo prazo envolvido, que diz respeito aos doentes, provavelmente, e não às doenças. Quarto, a resposta é precisa: não sabemos, simplesmente, porque um tal estudo ainda não foi feito.

⁹³ Cf. Feyerabend (1985).

e de forma controlada, ou o seu desaparecimento deveu-se a pressões militares (políticas, econômicas, etc.)? Quase sempre a resposta é a segunda.⁹⁴

É bem verdade que muitas tradições extinguiram-se ou estão em extinção, ou em transformação no mundo contemporâneo, sendo difícil recuperá-las. Mas isso não significa que não podemos e devemos aprender com as idéias, valores e métodos delas remanescentes, que, não obstante os enormes obstáculos, continuam a dar contribuições das quais a humanidade em geral pode se beneficiar.⁹⁵

Como consequência política, tem-se que “a ciência deve ser tratada como uma tradição entre tantas, e não como parâmetro de avaliação do que é e do que não é, do que pode e do que não pode ser aceito”⁹⁶. Assim, as sociedades democráticas deveriam atribuir igualdade de direitos a todas as tradições, e não apenas igualdade de oportunidades, que em geral se restringem à igualdade de acesso a uma tradição em particular: um misto de ciência, liberalismo e capitalismo. Com isso, o autor defende simultaneamente uma liberdade para e uma liberdade das ciências.

Mas as descobertas que fundamentam tal assertiva tiveram pouca influência sobre os racionalistas; ao contrário, estes últimos propõem que os benefícios da civilização ocidental devem, por vezes, ser impostos a vítimas não predispostas, por uma “forma de imperialismo”⁹⁷. Os cientistas não se contentam em dirigir suas idéias de acordo com o que entendem ser as regras do método científico, desejam dar universalidade a essas regras, querem que elas se tornem parte da sociedade e valem-se de todos os meios de que dispõem - argumentos, propaganda, táticas de pressão, intimidação, ação de grupos - a fim de atingir seus objetivos.⁹⁸

⁹⁴ Idem (p.353). Além disso, o “sucesso” da Ciência dependo do ponto de vista e dos valores: para os agricultores interessados na autonomia, a revolução verde foi um desastre; para os fabricantes de sementes, adubos químicos e agrotóxicos e para os grandes capitalistas, um sucesso. Vide, por exemplo, Lacey (1998).

⁹⁵ Ibidem (p.219).

⁹⁶ Ibidem (p.52).

⁹⁷ Ibidem (p.348).

⁹⁸ Feyerabend (1985, p.341).

Assim, cabe aos cidadãos a escolha das tradições que preferem. Esse modo de ver propõe uma posição social, política e epistemológica aos peritos (cientistas) e metaperitos (epistemólogos) muito diversa da que temos hoje. Nessa lógica, todos os cidadãos comuns podem e devem opinar, estudar e decidir os temas públicos de toda ordem, inclusive sobre os conteúdos da educação de seus filhos, as formas de cuidados de saúde etc. Sem dúvida, os cidadãos irão cometer erros e sofrer suas consequências. Mas ao sofrerem-nas, tornar-se-ão também mais conhecedores, ao passo que os erros dos peritos, pelo fato de serem ocultados, criam problemas a toda gente e esclarecem apenas a uma minoria de privilegiados.⁹⁹

As propostas de Feyerabend.

Pode-se sintetizar as idéias políticas de Feyerabend como a defesa da democratização epistemológica das sociedades, composta de três aspectos principais. São eles: construir um “diálogo aberto”, conceber a sociedade como uma estrutura protetora e separar a Ciência do Estado.

1 – Construção de um “diálogo aberto”. Retomando a discussão sobre as maneiras de resolução de conflitos, além dos enfoques do poder e teórico, há o intercâmbio ou diálogo entre as partes. Feyerabend vê ao menos duas formas de decisão dialogada, que denomina “diálogo orientado” e “diálogo aberto”.

No primeiro caso, os participantes adotam uma tradição bem determinada e aceitam unicamente aquelas respostas que correspondem a seus critérios. Uma *discussão racional* é um caso especial de intercâmbio dirigido.¹⁰⁰

Um intercâmbio aberto, por sua vez, norteia-se por uma filosofia pragmática. A tradição adotada pelas partes não é especificada de início e se desenvolve ao longo do processo. Os intervenientes imergem nas maneiras de pensar, sentir e apreender dos outros a ponto de as suas próprias idéias, concepções e opiniões se alterarem - tornam-se pessoas diferentes que participam de uma tradição nova e diferente. Um intercâmbio aberto respeita

⁹⁹ Essa questão da posição e função dos peritos nas sociedades está discutida em Feyerabend (1991, p.52-78; 1982, p.91-104).

¹⁰⁰ Feyerabend (1991, p.28).

o parceiro, quer se trate de um indivíduo, quer de uma cultura, e não dispõe de um sistema lógico, embora o possa inventar.

Na perspectiva do diálogo aberto, o conhecimento é uma mercadoria local, destinada à satisfação das carências locais e à resolução dos problemas locais. A Ciência, aí, é uma instituição entre muitas, e não o único repositório de informação válida. As pessoas podem consultá-lo; podem aceitá-lo e utilizar sugestões científicas - mas não sem que antes tenham sido consideradas as alternativas locais e, muito menos ainda, como se fossem algo que se espera de antemão.

Claro está que existem áreas em que a informação científica parece derrotar todos os rivais. Mas a vitória não é um “fato objetivo”, não é uma coisa natural. O sucesso deve ser avaliado, não pode ser extrapolado, muda com o tempo, e mesmo o conhecimento eficaz pode ser rejeitado em virtude da forma como a sua aquisição, divulgação ou aplicação perturba importantes valores sociais.¹⁰¹

O processo, à semelhança de qualquer outro, tem exceções. A ocorrência de doenças generalizadas e de rápida propagação pode requerer uma ação rápida e despótica por parte daqueles que detém o poder e pensam estar na posse dos conhecimentos para fazer frente à emergência. Para Feyerabend, semelhantes casos devem ser tratados como exceções.

2 – A sociedade como uma estrutura protetora. Uma concepção e um projeto político-cultural: conceber uma sociedade livre como uma estrutura de proteção ou uma matriz protetora sem identificação cultural. Uma sociedade livre seria uma sociedade na qual se concedem direitos iguais e possibilidade de acesso à educação igual, bem como outras posições de poder, a todas as tradições. As discussões para a construção da estrutura de uma sociedade livre seriam discussões abertas e não discussões orientadas. Isso não quer dizer que o racionalismo não seja um componente necessário da estrutura básica de uma sociedade livre, nem o contrário. A sociedade não se identificaria nunca com determinada tradição; o Estado mantém-se separado delas.¹⁰²

¹⁰¹ Idem (p.41).

¹⁰² Feyerabend (1982, p.124).

A idéia de que uma estrutura social pode ser uma estrutura protetora e não uma ideologia pode parecer ingênua. Trata-se, no entanto, de reconhecer e valorizar a idéia de que uma matriz cultural qualquer não há que ser defendida a princípio como fundamental ou como melhor, pois que isso significa sempre privilegiar uma tradição. Em outras palavras: isso pode ser um norte estratégico, uma idéia reguladora, uma direção geral a ser perseguida. O que nos leva à terceira proposição.

3 – A separação entre Ciência e Estado. “Uma sociedade livre insiste na separação da ciência e da sociedade”.¹⁰³ Ou seja, a ciência é uma tradição a mais e deve ser separada do estado da mesma forma que a religião foi separada dele. A hegemonia científica dificultou, no ocidente, muitos mitos, religiões, tradições e procedimentos, que desapareceram, se transformaram ou se deterioraram. Isso, todavia, não impede seu resgate e fomento. Nem desqualifica a proposta (ao contrário, torna-a urgente).

A adoção da perspectiva histórica e do relativismo democrático na abordagem dos problemas sociais e de saúde, juntamente com o norte de construção de diálogos abertos e sociedades livres como projeto político-filosófico conduzem à rejeição da abordagem do poder e da abordagem teórica na resolução de problemas sociais e de saúde, levando à conclusão de que somente com a participação das pessoas envolvidas nos problemas é que se pode resolvê-los, respeitando a humanidade de todos. Isso é, evidentemente, válido para o estabelecimento de necessidades de saúde e seus tratamentos.

Outro aspecto é que as tradições históricas não se estendem a distância. Os seus pressupostos, as suas possibilidades, os desejos (muitas vezes inconscientes) dos seus apoiadores só podem ser encontrados por imersão, ou seja, é preciso viver a vida que se pretende mudar.¹⁰⁴

Tudo isso, por fim, traz o desafio de democratização social, epistemológica e institucional¹⁰⁵, que pode ser entendida como a promoção de diálogos abertos, facilitando a participação, o consenso e o conseqüente amadurecimento dos participantes (que assim o desejem). Tal amadurecimento é a única propriedade necessária para os cidadãos de uma

¹⁰³ Idem (p.31).

¹⁰⁴ Feyerabend (1991, p.355).

¹⁰⁵ Pode-se fazer aqui um paralelo interessante com o Método da Roda (Campos, 2000), como uma técnica e ritual de construir diálogos o mais abertos possível no contexto de uma instituição prestadora de serviços, como as de saúde.

sociedade livre, segundo Feyerabend. Essa maturidade não é uma virtude intelectual, senão uma sensibilidade que se pode adquirir por meio de assíduos contatos com pontos de vistas diferentes e também através da participação nas “iniciativas cidadãs”.¹⁰⁶

Por outro lado, é preciso lembrar que um dos pontos cruciais para a compreensão das idéias de Feyerabend é a sua não pretensão de substituir regras: o que ambicionou foi mostrar os limites que *qualquer regra tem* e além disso, principalmente, propor uma nova relação das pessoas com as regras. Foi muito enfático ao esclarecer: “O que eu quero é que as pessoas encontrem por si mesmas seu caminho; limito-me a quitar os obstáculos que os intelectuais têm disseminado pelo mesmo.”¹⁰⁷

O autor foi um professor que defendia um tipo de educação que informa às pessoas sobre *o que sucede* e trata, ao mesmo tempo, de protegê-las da força devastadora dessa informação. Propõe formas de vida, mas proporciona meios para vê-las em perspectiva e inclusive, quiçá, rechaçá-las. Uma educação que influencie as pessoas e as proteja dessa influência.¹⁰⁸

A epistemologia de Ludwick Fleck

A obra de Fleck¹⁰⁹ traz uma análise da construção dos fatos e saberes científicos da biociência. O autor associou essa construção ao que chamou de estilo de pensamento, que está vinculado estreitamente a outro conceito central na sua obra, o coletivo de pensamento.

¹⁰⁶ Feyerabend (1982, p.125).

¹⁰⁷ Feyerabend (1991, p.54).

¹⁰⁸ Idem (p.54).

¹⁰⁹ A obra de Fleck (1986) paira solitária e extemporânea na epistemologia médica. Poucos são os comentários dela, praticamente nenhum desenvolvimento posterior foi feito. Na minha pesquisa, não encontrei mais de meia dúzia de referências a Fleck, apenas comentando o autor ou usando-o como referência. Por isso centrei-me apenas numa apresentação das idéias do autor. Somente Löwy (1994, 1994a), pareceu-me valorizar, no contexto epistemológico contemporâneo, algo do conteúdo e da importância da visão de Fleck e associou-o aos estudos de sociologia, história e antropologia da ciência, sem acrescentar conteúdos ao que o autor propôs em 1935. Encontrei alguns trabalhos brasileiros recentes que referenciam-se no autor: Koifman (1996); Santos (1999); Almeida (1996), Tesser (1999, cap.2); Camargo Jr. (2003, cap.9). Alguns textos de síntese e comentário encontram-se em Teixeira (1988), Menezes (1998). Uma introdução ao pensamento do autor pode ser encontrado no site editado por Coniglione (s/d).

Os estilos de pensamento

O estilo de pensamento “é uma coerção determinada de pensamento e a totalidade da preparação e disponibilidade intelectual orientada a ver e atuar de uma forma e não de outra. A dependência de qualquer fato científico do estilo de pensamento é evidente”.¹¹⁰ “Podemos definir o estilo de pensamento como um perceber dirigido com a correspondente elaboração intelectual e objetiva do percebido.(...) Coage os indivíduos e determina 'o que não pode pensar-se de outra forma'. Épocas completas são regidas por esta coação de pensamento”.¹¹¹

No desenvolvimento dos fatos, há um intercâmbio e uma constante troca de posição entre o que Fleck chamou de conexões ativas e conexões passivas do conhecimento. “As pressuposições respondem pela conexões ativas e formam a parte do saber que pertence ao coletivo. Os resultados obtidos equivalem às conexões passivas e formam o que se percebe como realidade objetiva”.¹¹² Mas o lugar dos fatos varia, o que antes pertencia aos elementos passivos de um saber pode depois passar aos ativos. É impossível expor os elementos passivos do saber sozinhos. Os elementos passivos e ativos não são separáveis completamente nem logicamente, nem historicamente.¹¹³

A construção do conhecimento científico vai-se dando, então, por um lento e coletivo processo de transformação das conexões ativas em passivas, e vice-versa, em interação permanente com instâncias sócio-intelectivas, políticas e interesses diversos que permeiam o coletivo de pensamento.

¹¹⁰ Fleck (1986, p.111).

¹¹¹ Idem (p.145).

¹¹² Ibidem (p.87, 56).

¹¹³ Ibidem (p.141-2).

Os estilos de pensamento, à semelhança estrita dos paradigmas de Kuhn (1987)¹¹⁴, tendem a centrar-se nos pressupostos, teorias e métodos cujas conexões ativas e passivas são selecionadas de modo a manter a harmonia e a coerência no sistema de idéias e destas com as conexões passivas. Em outras palavras, as conexões ativas que não são harmônicas com o estilo de pensamento, ou as conexões passivas que não se harmonizam com as ativas do estilo tendem a ser descartadas e negadas ou são reinterpretadas.

Para Fleck, a gênese e o desenvolvimento dos fatos científicos podem ser descritos histórica e psicologicamente apenas de forma parcial e é insustentável que cumpram algum roteiro lógico ou racional; o que não quer dizer que sejam arbitrários, uma vez que têm que se conformar sempre com as conexões passivas, “sinais de resistência” à arbitrariedade do pensamento, que, porém, são percebidos conforme o estilo de pensamento.

O autor considera que, ao longo do processo de desenvolvimento do conhecimento, podem ocorrer duas fases no domínio das teorias. Uma “clássica”, em que o estilo e a harmonia de suas ilusões impera incontestemente, e outra de “complicações”, em que conexões passivas estranhas, exceções e incongruências começam a aparecer por demais e a questionar o saber estabelecido - em estreito paralelo com as fases de ciência normal e revolucionária de Kuhn (1987).

O “fato” é o resultado de um estilo de pensamento determinado. Fleck concebe o fato como sendo um sinal de resistência que se opõe à arbitrariedade do pensamento, com tripla ligação com o seu coletivo de pensamento: deve (1) situar-se em linha com os interesses desse coletivo, (2) ter eficácia como tal e fazer-se diretamente experienciável e (3) estar expresso no estilo de pensamento do coletivo. Os fatos nunca estão sozinhos e sim

¹¹⁴ Convém ressaltar que o conceito de estilo de pensamento proposto por Fleck refere-se à Ciência e assim é apropriado ao seu meio. No entanto, não é restrito a ele, pelo contrário: o autor deixa claro que os estilos e os coletivos de pensamento transcendem o “locus” social científico, podem ser identificados em outras instâncias sociais e culturais, estando radicados no conhecer humano, que é visto como um processo cognitivo coletivo genérico, cujo conteúdo é eminentemente social, temporal, cultural e historicamente localizado, não sendo comprometido em vários aspectos do seu “funcionamento” pelos métodos científicos. Neste sentido, os estilos de Fleck, ainda que apresentem grandes semelhanças no modo de operar com os paradigmas, são definidos sócio-cognitivamente de forma mais ampla e genérica do que os paradigmas de Kuhn, a rigor, propostos como “mapas de orientação” específicos da atividade científica. A generalidade dos estilos de pensamento indicam a possibilidade, propriedade e pertinência da expansão do conceito kuhniano para além de sua formulação estrita.

interligados em redes e sistemas de pensamento acoplados aos fenômenos, com caráter lógico e objetivo, que obedecem a leis próprias. Um sistema pode ser desenvolvido até que os fatos estejam todos entrelaçados em fina malha, em todas as direções, a qual “confere solidez ao 'mundo dos fatos' e cria a sensação de uma realidade fixa e da existência independente do mundo”.¹¹⁵

Esse mundo dos fatos, sistematizado e harmonizado lentamente com o detalhamento e progressivo refinamento dos conhecimentos e dos conceitos, gera sistemas estáveis de idéias que se fecham em si e parecem estar estritamente vinculadas aos fatos, tornando impensáveis outras idéias e outros fatos. Ou outras combinações de valores e idéias a reinterpretarem aspectos diferentes dos mesmos fenômenos combinados com outros. Deixam, assim, os membros desse coletivo cegos a outros fatos de estilos distintos, bem como tornam evidentes e fatuais aspectos ilusórios que não podem ser desmascarados de dentro do próprio estilo de pensamento. Isso dificulta sobremaneira o intercâmbio com outros estilos de pensamento.

O estilo de pensamento estranho produz a impressão de ser uma mística. As questões que rechaça parecem, com frequência, precisamente as mais importantes, suas explicações parecem como não concludentes ou não certas e os problemas que propõem parecem triviais ou carentes de sentido. Os fatos de um coletivo de pensamento são considerados por outro coletivo ao que se une por uma escassa afinidade como meras invenções destinadas a serem ignoradas (como, por exemplo, os “hechos espiritistas” pelas ciências naturais).¹¹⁶

Assim, ao investigador ingênuo, limitado por seu próprio estilo de pensamento, qualquer estilo de pensamento alheio se parece com um vôo livre da fantasia, posto que só pode ver nele o lado ativo.¹¹⁷

¹¹⁵ Fleck (1986, p.147-9).

¹¹⁶ Idem (p.156).

¹¹⁷ Ibidem (p.190).

Mas como funciona internamente o estilo de pensamento de um coletivo de pensamento? Como se constrói e se desenvolve? Fleck respondeu a essas perguntas esboçando um modelo genérico de funcionamento sócio-cognitivo do estilo de pensamento biomédico de sua época, que sintetizo a seguir. Talvez hoje sejam necessárias modificações nesse modelo decorrentes de alterações institucionais e econômicas na biociência, mas como dele só me interessa sua estrutura geral, e um tal estudo fugiria aos objetivos desse trabalho, atendo-me à sua obra de 1935.

Para Fleck, há um complexo fluxo de saberes, concepções e idéias que transitam e se transformam ao longo de cadeias de círculos concêntricos sócio-cognitivos na biociência. Chamou aos círculos mais periféricos e mais próximos da cultura em geral de círculos “exotéricos”. Aos círculos progressivamente mais centrais, mais especializados, mais construtores do saber científico, chamou de círculos “esotéricos”, os quais são restritos a poucos grupos de especialistas e pesquisadores.

Os coletivos de pensamento e a iniciação neles.

Os coletivos de pensamento da ciência moderna possuem muitas características em comum, o que permite uma descrição genérica dos mesmos sem necessidade de se entrar nas peculiaridades dos coletivos das diversas especialidades (biólogos, físicos, sociólogos).¹¹⁸ Além disso, os coletivos de pensamento científico compartilham com coletivos de outra natureza muitas características em comum.

Ao portador comunitário do estilo de pensamento, Fleck chama coletivo de pensamento. Esse conceito é mais funcional que substancial, não deve ser entendido como um grupo fixo ou uma classe social. Se dois ou mais participantes trocam idéias, estabelece-se entre eles uma atitude especial que nenhum conseguiria ter sozinho, formando-se um coletivo momentâneo e casual. Porém, há coletivos estáveis ou relativamente estáveis, que cultivam uma certa exclusividade temática e formal, hábitos arraigados, às vezes uma linguagem especial ou termos especiais que isolam, ainda que não absolutamente, uma comunidade de pensamento. Mais importante do que isso, porém, é o

¹¹⁸ Ibidem (p.159 e seguintes).

isolamento do conteúdo de cada coletivo de pensamento, que forma algo como um mundo especial de pensamento.

Para cada campo de saber, há um tempo de iniciação, aprendizagem, durante o qual tem lugar uma sugestão de idéias autoritária, que não pode substituir-se, por exemplo, por uma construção intelectual “racional geral”. A introdução em um estilo de pensamento, e, portanto, também a introdução em uma ciência, é epistemologicamente análoga a essas iniciações que conhecemos através da etnologia e da história das culturas.¹¹⁹

O isolamento de cada comunidade corre em paralelo a uma limitação, imposta pelo estilo, dos problemas admitidos. Dessa maneira, muitos problemas passam inadvertidos ou são rechaçados por serem considerados carentes de importância ou de sentido. A ciência moderna também distingue entre “problemas reais” e “pseudoproblemas” inúteis. Surgem assim valorações específicas e intolerâncias características, que são traços comuns de toda comunidade fechada.

Outro aspecto a ser salientado é que a todo estilo de pensamento corresponde um efeito prático, posto que a convicção exige uma confirmação prática. A verificação de eficiência prática está, portanto, unida ao estilo de pensamento. A coerção de pensamento, os hábitos de pensamento ou, ao menos, a aversão contra o pensar conforme um estilo de pensamento estranho guardam a harmonia entre a aplicação e o estilo de pensamento.¹²⁰

Todavia, independentemente da forma e do conteúdo dos estilos de pensamento dos coletivos de pensamento estáveis, há características estruturais comuns a todas as comunidades de pensamento como tais. Essa estrutura geral de um coletivo consiste na formação de um pequeno círculo esotérico e de uma grande círculo exotérico formado pelos componentes do coletivo de pensamento em torno de uma determinada criação de pensamento, seja esta um dogma de fé, uma idéia científica ou um pensamento artístico.

Há uma hierarquia entre os que estão situados perto e longe dos círculos centrais esotéricos. O círculo exotérico não tem relação direta com determinada criação de pensamento, entretanto tem uma relação indireta mediada pelo círculo esotérico. A relação da maioria dos membros do coletivo de pensamento se baseia na confiança depositada nos

¹¹⁹ Ibidem.

¹²⁰ Ibidem (p.151).

iniciados. Mas esses iniciados tampouco são independentes; são mais ou menos dependentes – seja consciente ou inconscientemente – da “opinião pública”, quer dizer, da opinião do círculo exotérico. Surge assim a unidade intrínseca do estilo de pensamento e sua tendência à persistência.

Dessa maneira, todo círculo esotérico estabelece relação com seu círculo exotérico correspondente, em termos que se conhece como relação da *elite* com a *massa*. Essa relação pode ser mais democrática, quando a massa tem grande peso, e a elite aspira a conservar a confiança da massa (seria o caso da ciência segundo Fleck), ou mais dogmática, ou mais secreta, ou segregada, quando a elite tem maior peso. Quando os indivíduos se encontram dentro de um mesmo coletivo, essa relação se reproduz em hierarquia caso um seja iniciado (do círculo esotérico). Se ambos forem de mesmo nível, dá-se um sentimento de solidariedade intelectual dos indivíduos entre si e uma atitude comum. Nenhuma questão colocada pode sair sem sofrer a repercussão desse ânimo comum, toda questão discutida é aceita ou não em função do estilo de pensamento. Essa camaradagem de atitude se percebe imediatamente em algumas frases e é ela que possibilita o autêntico entendimento, gerando um sentimento de dependência dentro do coletivo. A estrutura geral do coletivo de pensamento leva a que a comunicação intelectual intracoletiva produza, por razões sociológicas – sem se levar em conta o conteúdo e a legitimação lógica –, o reforço de criações intelectuais. A confiança nos iniciados, a dependência desses com respeito a opinião pública e a solidariedade intelectual dos membros que têm a mesma categoria e estão a serviço da mesma idéia são forças sociais orientadas ao mesmo fim, que criam uma especial atitude comum e que dão aos produtos intelectuais uma solidez e impregnação estilística cada vez mais forte.

Quanto mais especializada e mais restrita em seu conteúdo é uma comunidade de pensamento, mais forte é o vínculo de pensamento entre os membros, e menor é a circulação intercoletiva dos seus respectivos pensamentos.¹²¹

¹²¹ Ibidem (p.155).

Um coletivo de pensamento se compõe de muitos círculos interseccionados. Um indivíduo pode pertencer a vários círculos exotéricos e a uns poucos – e às vezes a nenhum – esotéricos.

Por outro lado, é a circulação intercoletiva associada com a intracoletiva de pensamentos e idéias que faz com que o complexo tecido do saber esteja sempre em transformação contínua e lenta, adaptando-se eternamente e gerando sutis interinfluências, seja entre estilos de pensamentos diferentes, seja entre camadas exo e esotéricas de um mesmo estilo.

Os círculos exo e esotéricos do coletivo de pensamento científico.¹²²

O *investigador criativo* e mais instruído em um problema forma, enquanto “perito especializado”, o centro do círculo esotérico desse problema (ou um dos centros). Os círculos esotéricos se diferenciam em uma esfera de especialistas particulares e em outra de especialistas gerais e, paralelamente, existe uma *ciência de revistas* e uma *ciência de manuais*, que, juntas, formam a ciência especializada. A iniciação na ciência especializada se dá, entretanto, por meios pedagógicos que constituem uma quarta forma sócio-intelectual dos coletivos de pensamentos científicos, a *ciência dos livros de texto*.

Nos círculos exotéricos, se encontram muitos “diletantes instruídos” e as pessoas em geral, que constituirão a *ciência popular*, que é ciência para não especialistas, ou seja, para adultos instruídos com formação geral.

Para Fleck, o primeiro efeito da estrutura geral desses círculos concêntricos é a oposição entre o saber especializado e o saber popular. A ciência popular deve ser valorizada como um problema epistemológico, já que supõe a maior parte do conhecimento científico de todas as pessoas, e inclusive o especialista mais *expert* lhe deve muitos pontos de vista gerais. Inclusive, também, encontram-se, uma e outra vez, componentes do saber popular de outros campos no mais fundo de uma ciência, que são amiúde determinantes para o conteúdo do saber especializado e marcam por decênios o desenvolvimento da mesma.

¹²² Ibidem (p 159 e seguintes).

Do saber especializado (esotérico), surge o saber popular (exotérico). A ciência popular é uma estrutura complexa e especial. Caracteriza-se pela omissão dos detalhes e principalmente das concepções discutíveis, com o que persegue uma simplificação artificial. A isso se une uma exposição artisticamente atrativa, viva e gráfica e, por último, uma valorização apodídica que consiste no simples aceitar ou rechaçar certos pontos de vista. Ciência simplificada, gráfica e apodídica, tais são os traços principais do saber exotérico.¹²³ Certeza, simplicidade e grafismo surgem só no saber popular. Assim, é daí que o especialista obtém sua fé nessa tríade como ideal de conhecimento.

A meta do saber popular é uma concepção de mundo. Esta, por sua vez, determina as exigências dos especialistas: pode ser um transfundo que determina os traços gerais do estilo de pensamento de um especialista, pode ser também um mero sentimento de unidade de todo o saber humano, ou fé, seja na possibilidade de uma ciência universal, seja na capacidade de desenvolvimento, ainda que limitado, da ciência.

Afastado do centro esotérico em direção à periferia exotérica, o saber fica fortemente dominado por um grafismo emotivo que confere a ele segurança subjetiva do evidente.¹²⁴ Uma vez estabelecido firmemente no saber exotérico e popular até que se torne uma coerção do pensamento, o saber retorna ao especialista como um transfundo cultural, perceptivo e cognitivo, como aquilo que é pura evidência, que não se precisa mais provar nem se pode mais questionar – aquilo que não se pode pensar de outro jeito. Desta maneira, fecha-se o círculo da dependência intracoletiva do saber.

Muitos conceitos, termos e noções usados pelos especialistas apoiam-se uns nos outros e na concepção de mundo vinda do universo exotérico. Qualquer tentativa de fundamentação do saber super-especializado esbarra numa pirâmide de palavras que o sustenta, unidas pela força do estilo de pensamento, formada por palavras (conceitos) que só podem ser sustentadas por outra pirâmide de palavras. Todas essas pirâmides estão sempre equidistantes de alguma suposta base fundamental, de algum conceito ou fato primordial. Elas se remetem umas às outras, e sua dependência para com o saber exotérico é patente, pois é ele que permite e sustenta qualquer saber especializado.

¹²³ Um belo exemplo em nosso meio de uma edição de ciência popular em saúde foi a enciclopédica coleção “Medicina e Saúde” (1972) em 10 volumes, da editora Abril.

¹²⁴ Idem (p.165).

Por outro lado, o grafismo tem um efeito especial. O especialista recorre a esse meio quando quer tornar uma idéia compreensível a outras pessoas ou quando necessita de alguma regra mnemotécnica. Mas o que era inicialmente um meio adquire posteriormente o sentido de uma meta do conhecimento. A imagem logra supremacia sobre as provas específicas e amiúde regressa, no papel novo, ao especialista. Pode-se estudar esse fenômeno mediante o simbolismo gráfico de Ehrlich sobre o modelo de chave e fechadura. A imagem da chave e da fechadura se converteu na teoria da especificidade e dominou a serologia até os níveis mais especializados (em 1935), e por muito mais tempo, sendo usado na pedagogia médica de iniciação até hoje.

A ciência especializada: de manual e de revista

Em oposição à ciência popular, que tem sua meta no grafismo, a ciência especializada, em sua forma de manual, exige uma sinopse crítica em um todo ordenado. A ciência de revista, por sua vez, é mais personalizada, incerta, provisória, não-aditiva e polêmica.

Todo trabalho de revista leva o selo do provisório e do pessoal. Sempre se inicia ou se acaba limitando sua abrangência, referindo-se a um saber de manual e explicitando a aspiração a tornar-se de manual, assinalando suas conclusões como provisórias¹²⁵. O caráter provisório se destaca nas indicações de planos e projetos futuros, nas polêmicas e na esperança de confirmação por futuros experimentos. Além disso, a fragmentação dos problemas a serem tratados, a contingência do material empírico, os detalhes técnicos concretos unem o trabalho de revista ao seu autor e a suas circunstâncias pessoais e existenciais.

Na ciência de revista, o juízo sobre a existência ou não existência de um fenômeno é esperado do investigador coletivo, do coletivo de pensamento, o único capacitado para emití-lo. Cada autor é consciente disso, ao mesmo tempo que sente cada elemento pessoal e contingente de seu trabalho como uma deficiência. Quer fazer

¹²⁵ A este respeito é típico o meu artigo: Tesser & Luz (2002).

desaparecer, quase sempre, a sua pessoa. Isso é reconhecível no uso do “nós” em vez do “eu”, que é uma invocação disfarçada do coletivo.¹²⁶

Qualquer tentativa de organizar a ciência de revista em um todo unificado encontraria numerosas dificuldades. Os distintos pontos de vista e métodos de trabalhos são tão pessoais que não podem formar um todo orgânico a partir de tais fragmentos contraditórios e incongruentes. Não se pode realizar um manual simplesmente pela adição de uma série de artigos de revista. Somente mediante a migração sócio-intelectual dos fragmentos pessoais de saber dentro do círculo esotérico, combinada com o efeito retroativo do círculo exotérico, é que se pode transformar os textos pessoais e não-aditivos em impessoais e aditivos.

Esse aspirar à comunidade, como expressão da supremacia da massa do coletivo de pensamento científico sobre sua elite, se encontra em cada trabalho de cada investigador. A “comprobabilidade geral” se exige oficialmente - por assim dizer. Não se trata de uma comprovação geral, senão daquela do coletivo de pensamento, e consiste unicamente na comprovação da adequação estilística de um saber.¹²⁷

O manual, portanto, não é simplesmente o resultado de uma soma ou de uma coleção de vários trabalhos de revista. Ele surge a partir dos trabalhos de revista como um mosaico surge a partir de numerosas pedrinhas de cores diversas: por eleição e combinação ordenada. O plano, conforme o qual se faz a eleição e a composição, formará uma linha programática da investigação posterior. Esse plano decide aqueles que serão tomados como conceitos básicos, que métodos serão aceitos, que direções parecem mais promissoras, que investigações devem ser selecionadas para lugares proeminentes e quais serão relegadas ao esquecimento. Um plano assim surge na circulação esotérica do pensamento, isto é, na

¹²⁶ Fleck (1986, p.166). Estes últimos dois parágrafos mereceriam ressalvas e correções atualmente, dado que a institucionalização da ciência de revista e a industrialização dos periódicos científicos provavelmente tiraram muito da originalidade, pessoalidade e capacidade de polêmica dos artigos das revistas especializadas. Isso fica aqui assinalado, já que uma tal correção pressuporia um estudo específico para corroborar ou alterar a versão de Fleck (de 1935) sobre a ciência de revista, o que foge dos objetivos deste trabalho. Hoje a promiscuidade da imprensa científica com financiadores industriais talvez homogeneize mais precocemente e com maior rigidez as publicações de revistas (e mesmo as próprias investigações esotéricas), de modo que estas já não sejam tão artesanais quanto possivelmente o fossem à época do autor. Entrementes, restrinjo-me a sintetizar a versão Fleckiana. Exemplos contemporâneos que indicam essa homogeneização encontram-se em Latour (2000a).

¹²⁷ Idem (p.167).

discussão entre especialistas, através de seus entendimentos e mal-entendidos, suas disputas, suas concessões mútuas e da recíproca instigação. Quando duas idéias entram em disputa, ativam-se todas as forças da demagogia. E quase sempre vence uma terceira idéia, surgida a partir do entrelaçamento de idéias exotéricas de coletivos alheios e das idéias litigantes.

Parte dessa transformação já se inicia dentro do próprio investigador especializado: dialoga consigo mesmo, pondera e pesa, compara e decide. Quanto menos se acomode essa decisão à ciência de manual, tanto mais durará a consumação do processo de coletivização de seus resultados.

O papel da ciência de manual, assim, é de selecionar, mesclar, ajustar e moldar em um sistema o saber exotérico, o de coletivos alheios e o estritamente especializado (esotérico). Os conceitos surgidos dessa maneira se converterão em dominantes e serão obrigatórios para todos os especialistas. O sinal provisório de resistência se converte em coerção de pensamento, que determina o que não se pode pensar de outra maneira distinta, o que deve passar desapercibido ou ignorado e os lugares onde há que se buscar com redobrada atenção. Assim, a disposição para o perceber orientado (o estilo de pensamento) acaba consolidado e adquire uma forma definitiva.

A relação entre a ciência de revista e a de manual se assemelha a um exército em marcha. Existe uma vanguarda, os círculos esotéricos; depois vem o corpo principal, a comunidade oficial; e por último a mais ou menos desorganizada retaguarda. Entre a ciência de revista (a vanguarda) e a ciência de manual (o corpo principal), sempre há uma certa distância. A vanguarda não tem posição fixa; dia a dia varia de lugar. O corpo principal avança mais lentamente e freqüentemente a empurrões; só depois de anos e décadas muda sua posição. Seu caminho não coincide exatamente com o da vanguarda, o corpo principal ajusta sua marcha conforme os informes avançados (da ciência de revista), mas com uma certa independência. Nunca se pode predizer com certeza que direção a tropa principal elegerá a partir das propostas da vanguarda. Além disso, para esse avanço, deve-se transformar as trilhas sinuosas dos esotéricos em largas avenidas, tem-se que aplanar o terreno. Com isso, o entorno sofre uma mudança significativa até converter-se em

guarnição da tropa principal. Isso tudo é de natureza eminentemente social e tem importantes conseqüências teóricas.¹²⁸

É característica da natureza social da ciência que ela tenha, com respeito a quase todo problema, uma posição representativa e obrigatória e algumas não representativas e provisórias. É de especial importância que a posição coercitiva seja mais exotérica que a que considera meramente provisória, o que indica a supremacia da massa sobre a elite no coletivo de pensamento científico (ou do corpo principal sobre a vanguarda).

Se se entende por fato só o fixo e demonstrado, então esse só existe na ciência de manual. Anteriormente, no estágio preliminar de sinais desconexos de resistência, próprio da ciência de revista, o fato encontra-se só em forma de esboço. Mais adiante, no estágio de saber cotidiano e popular, o fato está encarnado em um objeto diretamente perceptível, isto é, em realidade.¹²⁹

Complementarmente a essa visão fleckiana, que enfoca o movimento de transformação dos saberes pelos círculos exo-esotéricos da biociência, a qual contém uma visão ainda um tanto artesanal da ciência esotérica do início do século, poderíamos agregar uma perspectiva mais contemporânea e industrializada da ciência. É Bruno Latour quem nos traz a realidade sociológica contemporânea da construção do conhecimento científico, visto ao vivo e por dentro. É tal a concentração de recursos sócio-tecnológicos e epistemotécnicos necessários para o funcionamento de um ambiente de ciência esotérica hoje - ou seja, tipicamente, um laboratório -, que, para ele existir e funcionar, é preciso uma imensa base exotérica envolvida.¹³⁰

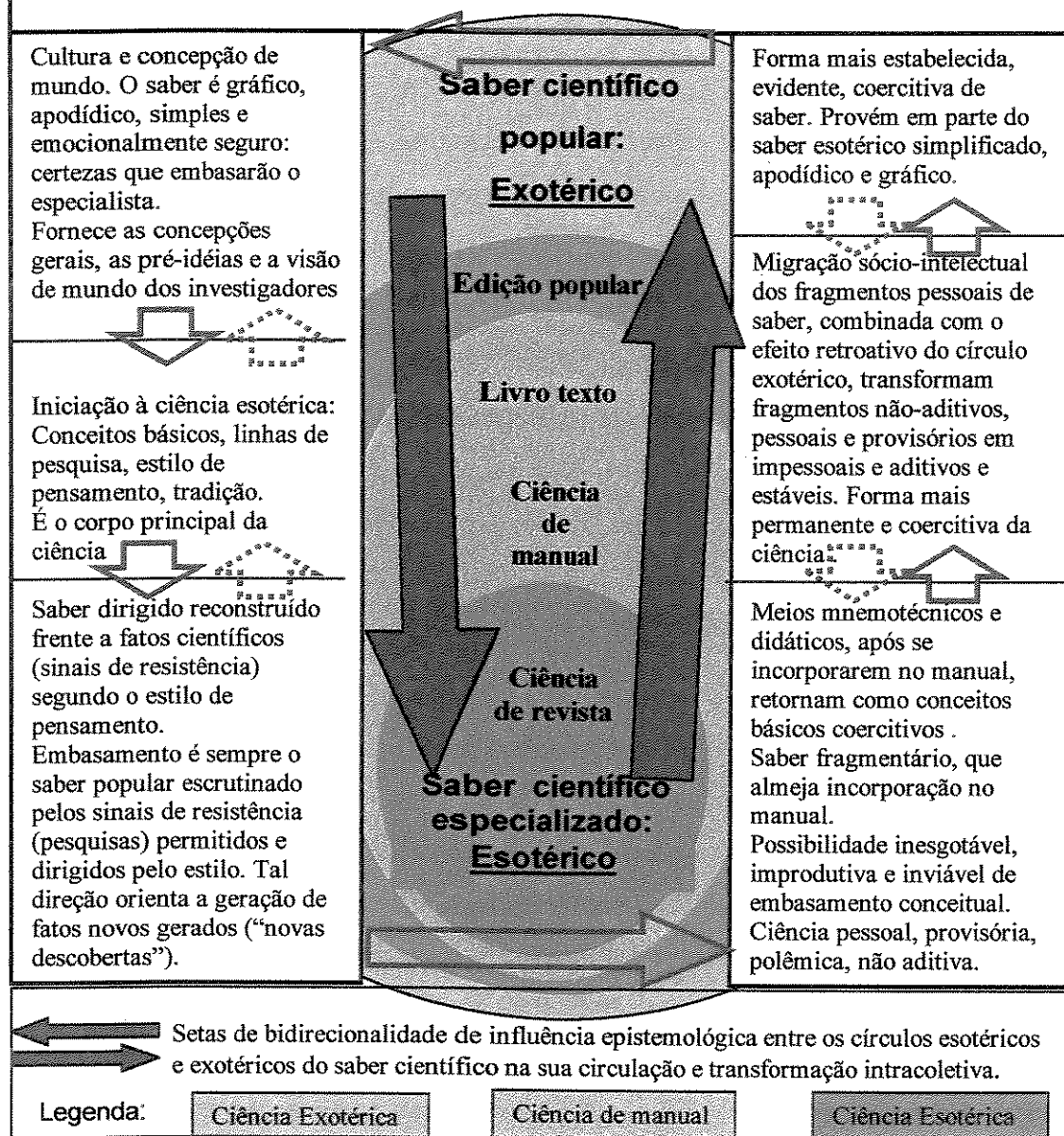
Essa constatação sociológica, epistemológica e política não faz mais do que confirmar o aspecto sutil já enfatizado por Fleck, de um ponto de vista mais cognitivo, referente à dependência e à retroalimentação recíproca exo-esotérica entre os círculos sócio-cognitivos da ciência. A partir dessa discussão, posso fazer um esboço gráfico da versão fleckiana dos coletivos de pensamento e seu metabolismo do saber, do funcionamento dos círculos exotéricos e esotéricos da ciência (quadro abaixo).

¹²⁸ Ibidem (p.171).

¹²⁹ Ibidem (p.172).

¹³⁰ Latour (2000a, p.260).

**“METABOLISMO” DO SABER ENTRE OS CÍRCULOS SÓCIO-COGNITIVOS
ESOTÉRICOS E EXOTÉRICOS DO COLETIVO DE PENSAMENTO CIENTÍFICO**



“As idéias de Fleck implicam numa visão complexa das inter-relações sócio-psico-culturais-cognitivas na construção e aplicação do saber científico. Como os autores anteriores, Fleck foi preciso em especificar algumas características científicas, mas também em desmistificar outras delas, desnudando, através de seus conceitos centrais (estilos e coletivos de pensamento), a historicidade sócio-cognitiva da ciência, que se comporta como qualquer outro coletivo de pensamento especializado e hierarquizado, sob muitos e importantes aspectos.

Fleck apresenta exemplos de mundos tão distintos como a moda, os esportes, as artes, as profissões etc. A dinâmica de funcionamento das transformações do saber descrita para a ciência é relevante, justamente por sua generalidade e “inclusividade”, uma vez que pode ser aplicada a outros coletivos de pensamento não-científicos em sua estrutura geral, conforme propôs o autor.

Assim, a visão epistemológica de Fleck de permanente transformação de aspectos ativos em passivos do saber científico e vice-versa diverge das ambições positivistas de neutralidade, universalidade e objetividade.

Fleck abre campo para a construção de uma epistemologia comparada, ressaltando a legitimidade dos estilos de pensamento e introduzindo-os como variáveis importantes na discussão epistemológica, em tudo similares aos paradigmas de Kuhn ou aos núcleos rígidos dos programas de pesquisa científica de Lakatos. Aponta, desse modo, para uma “ecologia epistemológica” e para uma convivência de vários coletivos e estilos de pensamentos, o que na área da saúde, se levado a sério, implicaria numa revisão da hegemonia positivista que impera na clínica e na terapêutica, bem como em uma profunda mudança na autoconsciência da biociência, discutida em alguns aspectos no capítulo 2.

Maturana e a biologia do conhecer.

Maturana¹³¹ formulou uma teoria geral sobre os seres vivos e sobre a atividade biológica do conhecer. Ao fazê-lo, estabeleceu um rompimento com muitas das tradicionais oposições e pressupostos que julgamos fundamentais na história do pensamento ocidental.¹³²

¹³¹ Maturana & Varela (1997, 2001); Maturana (1999a,b; 2001)

¹³² Graciano (1997, Introdução, p.1)

O autor desenvolveu uma abordagem epistemológica que partiu das características biológicas e neurofisiológicas dos seres vivos e do homem, as quais impõem limites à ambição de objetividade e à noção de realidade independente, acessível pelos sentidos ou pela cognição (e/ou razão). Mostrou conseqüências epistemológicas e políticas dessas características, contribuindo para um substancial avanço em relação à epistemologia referida à objetividade.

A teoria da autopoiese¹³³ e, mais recentemente a sua *biologia de conhecer*, buscou uma conceituação dos seres vivos a partir de caracterizá-los como unidades autônomas. Um ser vivo é um sistema auto-homeostático que tem a *sua própria organização* como a variável que mantém constante. Uma característica fundamental dele é ser uma unidade no espaço topológico em que seus componentes podem interatuar, que é o espaço físico.¹³⁴

Na sua ontogenia (história de transformação do ser vivo enquanto unidade), as modificações, deformações e flutuações passíveis de ocorrer podem ser tanto desencadeadas pelo ambiente externo, com seus acontecimentos independentes, no sentido de não serem determinados pela própria organização do sistema, quanto pelo meio interno, que o próprio sistema constitui com seus estados resultantes de deformações. Esses estados podem ser, por sua parte, deformações que dão origens a novas trocas compensatórias. É muito relevante que ambos os tipos de mudança, desencadeadas pelo meio externo ou interno, ainda que discerníveis por um observador, são equivalentes e inseparáveis para o próprio sistema.¹³⁵

Em relação aos seres vivos enquanto unidades, elas só o são por *operações de distinção* feitas por um observador. Uma unidade pode ser descrita por um observador como *simples* ou *composta*. Uma unidade composta é aquela que tem componentes que podem ser especificados através de operações de distinção adicionais, e que se realiza por uma organização que determina suas propriedades. Os seres vivos são em geral unidades

¹³³ Maturana & Varela (1997).

¹³⁴ Idem (p.87).

¹³⁵ Ibidem (p.93); Maturana (1997, p.134). Uma didática e detalhada exposição desse aspecto sobre a impossibilidade de diferenciação entre ilusões, alucinações e “percepções reais” em tempo real pelos organismos vivos e seres humanos encontra-se em Graciano (1997, cap.1).

compostas, cujo tipo é definido por sua organização. Como unidades compostas, possuem uma *estrutura*, que se refere aos componentes efetivos e às relações que esses componentes devem satisfazer ao participarem da constituição da unidade composta dada.

A estrutura pode sofrer mudanças sem afetar a organização, pois ambas definem *domínios fenomênicos* distintos (a estrutura define um domínio de fenômenos *fisiológicos* e a organização um domínio de fenômenos *comportamentais ou condutuais*, aos olhos de um observador). Esses dois domínios são distintos e não intersectantes, ambos legítimos para a descrição de um ser vivo. O primeiro (da fisiologia) aborda o ser vivo como uma unidade composta e leva em consideração os componentes de um sistema vivo e suas relações. O segundo, comportamental ou da conduta do organismo, distingue o sistema vivo como uma unidade simples em interação com suas circunstâncias.

Para Maturana, uma conduta diz respeito ao ser do sistema vivo e deve ser compreendida como um fenômeno autodeterminado, mas não no contexto da fisiologia ou das relações entre componentes, pois ela só aparece na medida em que observamos o sistema como totalidade e diz respeito às relações dessa totalidade e não de suas partes constituintes. Por um lado, o autor descreve e explica o funcionamento do sistema nervoso através da descrição de seus componentes e suas relações (células neuronais em rede), de forma autodeterminada e fechada em si mesma. Por outro lado, descreve a conduta de um sistema vivo através da análise de suas interações como totalidade e em um contexto distinto do qual aborda o seu sistema nervoso: a conduta de um sistema vivo não direciona ou determina as relações entre os componentes neuronais de seu sistema nervoso, nem o sistema nervoso determina o surgimento de uma dada conduta, ainda que participe de sua geração. Grande exemplo desse cuidado de separação entre domínios fenomênicos é a precisão do autor ao usar termos como superfícies sensoras e efetoras somente referidos ao ser vivo total, nunca no âmbito da fisiologia do sistema nervoso. Neste âmbito, só existem componentes neuronais inter-relacionados.

Os chamados sistemas **estruturalmente determinados** referem-se aos sistemas que podem sofrer mudanças várias que são sempre determinadas pela sua organização e estrutura. O importante a se salientar é que os fatores externos, o ambiente, pode apenas

desencadear a mudança, jamais determiná-la.¹³⁶ A organização e estrutura desses sistemas determinam o estados que ele pode adotar no curso de sua dinâmica de interações, as configurações de propriedades do meio que podem perturbá-lo e as configurações de propriedades do meio que podem desencadear sua desintegração.

Quando a interação com o meio apresentar contínua mudança, de modo que esse sistema passe por perturbações cambiantes que são acopladas à sua própria trajetória de estados; se isso for recorrente e se o sistema, em decorrência de suas interações, passar por mudanças estruturais em seus componentes (e não somente em suas relações), diz-se que esse sistema tem uma **estrutura plástica** e que ele passa por **interações plásticas**, as quais selecionam nele trajetórias de mudanças estruturais que resultam na transformação tanto de seu domínio de estados como de perturbações. Se interações plásticas ocorrem recorrentemente de modo que selecionem uma estrutura que lhe permita operar no meio recorrentemente, sem desintegração, isso é chamado de **acoplamento estrutural**.¹³⁷

Se dois sistemas estruturalmente determinados e plásticos interagem recorrentemente, ocorre um acoplamento estrutural ontogênico mútuo, já que um serve de meio para a realização da autopoiese do outro. Nesse caso, para um observador, os comportamentos respectivos dos sistemas aparecerá como seqüências de condutas ou comportamentos encadeados, que o autor chama de **domínios consensuais**.¹³⁸

Para Maturana, os seres vivos e o seu sistema nervoso (quando existe) são sistemas estruturalmente determinados, plásticos e acoplados estruturalmente um ao outro enquanto unidades distinguíveis entre si e acoplados ao meio ou outros seres enquanto uma unidade composta.¹³⁹

¹³⁶ Esse aspecto crucial da conceituação proposta por Maturana é fundamentado nas suas experiências sobre a percepção, relacionadas à fisiologia da visão humana e dos animais (Graciano, 1997). Suas conclusões a respeito consistem numa resolução peculiar da contraposição entre os fenômenos de "percepção" e "ilusão". Maturana, dos resultados experimentais, propõe-nos que a percepção não consiste na captação de informações, nem na aquisição de impressões sensíveis, assim como a ilusão não pode ser apontada através de um confronto direto com a realidade, uma vez que nós, seres vivos, somos constitutivamente incapazes de uma observação direta da realidade. Vide, também, Maturana & Varela (2001, cap.1).

¹³⁷ Ibidem (p.132).

¹³⁸ Ibidem (p.147).

¹³⁹ Esta relação é complexa e anti-intuitiva e está bem explicada em Graciano (1997, cap.3), a que remeto o leitor interessado.

Os sistemas vivos, então, são sistemas dinâmicos, que modificam continuamente a sua estrutura - constituindo o que é chamado de *deriva estrutural* – de modo a manter invariável a sua organização. O movimento dos seres vivos descrito em termos de teleologia (recorrendo-se à sua finalidade) e a percepção como captação de informação podem ser retraduzidos em termos de coordenação interna, onde certas perturbações selecionadas pelo sistema correlacionam-se estruturalmente com capacidades motoras que mantêm invariáveis certos conjuntos de relações internas e sua organização. A correlação sensório-motora ocorre segundo sua determinação estrutural, isto é, não visa nem o movimento, nem algum fim, nem capta informação alguma, mas serve de coordenação interna e tem conseqüências na preservação da vida.¹⁴⁰

Assim, um observador, vendo a conservação da adaptação resultante da deriva estrutural ontogênica, pode descrever essa congruência operacional entre meio e ser em termos de **interações perceptivas**, como se o ser vivo estivesse captando traços do meio ambiente, utilizando-os para computar suas mudanças de estado posteriores. Pela regularidade das interações recorrentes, pareceria que é assim, e é essa aparência que nos leva a falar como se o fenômeno que conotamos, quando falamos em percepção, fosse, de fato, um processo no qual um organismo capta características de um mundo exterior. Mas isso não existe, pois os seres vivos são determinados estruturalmente, ou doutra forma, segundo Maturana, não existem interações instrutivas entre ambiente e ser vivo.¹⁴¹

Aqui se encontra uma das grandes mudanças de perspectiva proposta por Maturana: o conhecimento aí é o mesmo que a conduta congruente com a circunstância em que ocorre, ou seja, conhecer é viver, e a ontologia se encontra com a epistemologia, que agora pode se estender por todos os seres vivos, inclusive o homem. Mas este vive na linguagem e se caracteriza, dentre outras coisas, por sua racionalidade. O que é a linguagem e como nasce? E a racionalidade?

Para Maturana, a comunicação nasce justamente quando dois sistemas vivos estão estruturalmente acoplados em interações recorrentes, sendo que a conduta de cada um, enquanto dura o acoplamento, é significativa no contexto da conduta acoplada. Essas

¹⁴⁰ Kinoshita (2000, p.172)

¹⁴¹ Maturana (1999a, p.88-105).

são *interações comunicativas*¹⁴², e, se os seres em questão são capazes de uma conduta plástica, enquanto durar o acoplamento, gerarão um domínio consensual que se especifica durante o processo de sua geração, que é então chamado de *domínio lingüístico*¹⁴³.

Sendo decorrente de uma deriva estrutural, um domínio lingüístico associa-se de modo contingente às palavras semânticas e não há um desígnio e sim um arcabouço *ad hoc* que vai se fazendo com os elementos disponíveis a cada momento. No caso dos seres humanos, um observador pode tratar a conduta dos outros como se fossem interações semânticas, na qual as palavras denotam algo do domínio comum entre os seres humanos. Pode também fazer descrições, tratando de outras descrições como objetos ou elementos do domínio de interações. Quando tal reflexão lingüística acontece, e o domínio lingüístico como totalidade passa a fazer parte do domínio de interações possíveis, então existe uma *linguagem*, e os seres participantes passam a operar num *domínio semântico*.¹⁴⁴ A linguagem, mais do que representar o mundo, serve para orientar os participantes da interação no seu próprio domínio cognitivo, é uma atividade, ação coordenada e coordenante. Daí que não acontece no corpo (sistema nervoso) dos participantes, mas no espaço das coordenações consensuais recursivas de conduta. O que caracteriza os seres humanos é estes viverem na linguagem, como seres *linguajantes*.

Mas o processo de *linguajar*, para ocorrer, depende da permanência das interações recorrentes. Tal permanência necessita de um fluir particular de disposições corporais mútuas, que, momento a momento, leve os participantes a continuar na interação. Há disposições corporais dinâmicas nos seres vivos que definem diferentes domínios de ação em que nos movemos, limitando certas ações e possibilitando outras, que Maturana chama de *emoções*. Ou seja, "para que haja história de interações recorrentes [e linguagem], tem que haver uma *emoção* que constitua as condutas que resultam em interações recorrentes".¹⁴⁵

¹⁴² Maturana & Varela (1997, p.117).

¹⁴³ Os domínios lingüístico e da autopoiese, fenomenologicamente, são diferentes e, ainda que um gere o outro, não se interceptam. No domínio lingüístico, a conduta de cada organismo pode ser tratada como uma descrição significativa da conduta do outro; ou, no domínio de um observador, como uma conotação consensual. As interações lingüísticas (de conotação) são intrinsecamente não informativas; o organismo A não pode determinar a conduta de B devido à própria natureza da organização autopoiética.

¹⁴⁴ Kinoshita (2000, p.176).

¹⁴⁵ Maturana (1999b, p.15-7 e 66); Maturana (1999a, p.170)

A proposição de argumentos que constituímos ao concatenar as palavras e as noções que os compõem segundo seus significados, como nós operacionais do domínio particular de coordenações consensuais de condutas a que pertencem, é o que distinguimos como *raciocinar*. Distinguir as regularidades operacionais constitutivas do operar na linguagem (ou linguajar) na vida cotidiana é falar de **lógica**. **Conduta racional** é operar em discursos, explicações ou condutas que podemos justificar com discursos, explicações ou argumentos que construímos respeitando a lógica do raciocinar.

Portanto, a **lógica do raciocinar** e o **‘racional’** pertencem ao âmbito das coerências operacionais das coordenações consensuais de conduta que constituem a linguagem e se fundamentam, em última análise, nas coerências operacionais do viver. Assim, todo sistema racional surge como um sistema de coordenações consensuais de conduta mediante a aplicação recorrente e recursiva de algum conjunto particular de coordenações de conduta que operam, de fato, como suas premissas fundamentais. Ou seja, todos os sistemas racionais se baseiam em premissas não racionais aceitas a priori. Onde tem-se que a *“aceitação apriorística das premissas que constituem um domínio racional pertence ao domínio da emoção e não da razão”*¹⁴⁶.

Posso entrar, agora, nas conseqüências epistemológicas e políticas das idéias do autor. Começo pelas explicações. As explicações são reformulações da práxis de viver em termos de outros elementos dessa práxis (na linguagem), que funcionam como tais se o ouvinte as aceita como uma reformulação de sua práxis. Dado que as disposições dinâmicas corporais de conduta - as emoções - são determinantes de domínios de ações, inclusive no ouvir (na linguagem), Maturana descreve dois caminhos básicos de explicações, mutuamente exclusivos: um é o caminho da *objetividade sem parênteses*, no qual se remete a explicação a entidades transcendentais ou a uma realidade última única (e ao acesso privilegiado a ela).

Esse caminho supõe uma realidade, um único mundo exterior com uma existência independente do observador, transcendente a ele, funcionando aí como argumento de coerção e submissão do ouvinte, já que uma explicação verdadeira é única. A

¹⁴⁶ Maturana (1999a, p.170).

discordância entre dois ou mais observadores sempre toma a forma de uma disputa em negação mútua. Nesse caminho explicativo, um apelo ao conhecimento equivale a uma petição de obediência.¹⁴⁷

O modo de falar sobre os fenômenos perceptivos e a operação do sistema nervoso em termos de captação de informação e formação de uma representação do meio não é metafórico ou didático, mas sim revelador de um paradigma explicativo que é biológica e epistemologicamente inadequado.¹⁴⁸ No entanto, tal caminho explicativo parece ter sido o dominante em toda a história da biociência, inclusive até os dias de hoje.

Maturana, recusando a via da busca de uma objetividade sem parênteses e juntando os achados neurofisiológicos¹⁴⁹ com a sua conceituação dos seres vivos, constrói sua epistemologia visando uma *objetividade entre parênteses*, referida sempre ao observador, àquele que fala: “tudo o que é dito, é dito por um observador”¹⁵⁰.

Esse é o caminho da *objetividade entre parênteses*, onde o observador assume sua condição biológica, suas capacidades cognitivas e sua participação na constituição e aceitação da explicação, explicitando-a. Nesse caminho, aceita-se a impossibilidade de distinguir, na experiência, o que nós distinguimos na vida cotidiana como ilusão e percepção. Aí a existência (a realidade) é constituída com o que o observador faz, e o que o observador faz traz à mão objetos que ele distingue em suas operações de distinção. Assim o observador não possui bases operacionais para fazer qualquer declaração ou afirmação sobre objetos, entidades ou relações, como se esses existissem independentemente do que ele ou ela faz.

O observador é a fonte de toda a realidade através de suas operações de distinções na práxis de viver; ele pode trazer à mão tantos domínios de realidade quantos forem os tipos diferentes de distinção que puder executar no seu viver; pode usar um ou outro desses domínios como explicação, de acordo com o seu critério de aceitabilidade para

¹⁴⁷ Idem (p.248-9).

¹⁴⁸ Maturana (1999a, p.69).

¹⁴⁹ Maturana e Varela (2001) exemplificam de vários modos a impossibilidade científica e neurológica de correlacionar características de objetos externos (ou do mundo externo) com estados internos (mentais, neurais): só se consegue correlacionar um estado neural com uma representação do mesmo.

¹⁵⁰ Maturana (1997, p.53).

uma reformulação da práxis de viver (ou escutar); e, por fim, o observador é operacionalmente responsável por todos os domínios de realidade ou explicações diferentes que ele vive em suas explicações de sua práxis de viver.

Segue-se que as explicações são não transcendentais e não reducionistas, pois que não há a busca de uma única e última explicação para nada. Desse modo, nesse caminho explicativo, vários observadores não se excluem, nem exigem submissão uns aos outros quando fazem surgir explicações mutuamente exclusivas. O observador pode, então, dar-se conta de que vive num *multiverso*, onde múltiplas realidades explicativas diferentes coexistem, igualmente legítimas, mas não igualmente desejáveis, e que um desacordo explicativo é um convite a uma reflexão responsável sobre a coexistência e não uma negação irresponsável do outro.¹⁵¹

Maturana aponta, ainda, que as noções de verificação ou falsificação de enunciados empíricos só fariam sentido se a ciência e o observador que as produz fossem capazes de denotar uma realidade independente. Rejeita os modelos lógicos de análise da ciência porque acredita que eles exigem que a validade das explicações científicas sejam fruto de suas conexões com uma realidade objetiva, ao passo que os critérios de validação dessas explicações não só não exigem tais conexões, como até mesmo possibilitam a proposição de explicações incompatíveis com essas noções.¹⁵²

As aplicações possíveis das idéias de Maturana na atenção à saúde ainda estão por serem desenvolvidas, mas já há desenvolvimentos iniciais na área de saúde mental.¹⁵³ Pouco debate encontrei na literatura sobre as idéias e as teorias do autor na área da saúde.¹⁵⁴

Do ponto de vista epistemológico, as idéias de Maturana são pioneiras em assumir e delimitar a possibilidade de descrições e explicações como inexoravelmente ligadas ao viver do observador, mostrando a impossibilidade da objetividade e a precariedade da racionalidade frente ao universo do viver e das emoções.

¹⁵¹ Maturana, (1999a, p.250-3)

¹⁵² Graciano (1997, cap.4, p.89)

¹⁵³ Ver Kinoshita (2000). Há, no Chile, um Instituto de Terapia Cognitiva, baseado nas idéias de Maturana (acessível pela internet, o site encontra-se em Maturana (1999).

¹⁵⁴ Uma crítica cobrando posicionamento filosófico mais bem fundamentado do autor (Maturana) é oferecida por Serani-Merlo (2001). A resposta de Maturana argumenta que simplesmente sua metafísica é diferente da do seu crítico, não exigindo argumentos transcendentais para justificar suas posições e achados.

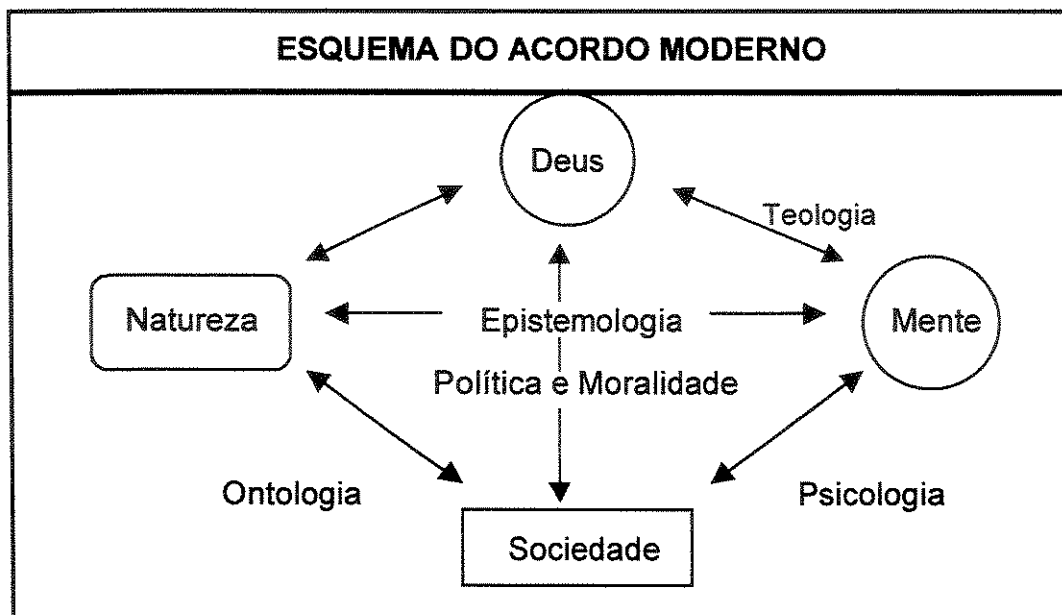
Tais idéias, aplicadas à medicina e à terapêutica, permitiriam uma reinterpretação radicalmente díspar do que se tem hegemonicamente no discurso científico da medicina e da terapêutica, afastando a noção de objetividade e universalidade e a noção ingênua dos fatos como independentes.

Resgatando constantemente a figura do observador (no nosso caso, do terapeuta e do doente), realçando a sua responsabilidade e a sua peculiaridade, inclusive de suas explicações e ações existentes num multiverso que depende essencialmente das interações dos mesmos, a epistemologia de Maturana mostra-se essencialmente útil no caminho de reconstruir os diálogos e as responsabilidades dos terapeutas científicos com os doentes, assim como as relações com os demais terapeutas não-científicos, sem apelos à objetividade, sem exclusividades na posse de verdades. Também atenuaria o imaginário de onipotência ou onisciência, tão comuns aos biomédicos, com o resgate dos desafios conjuntos na busca de modos de curar e viver mais saudáveis para todos. E isso não é trivial – como diria Maturana.

Bruno Latour: para entender a opção não-moderna.

Para sintetizar as idéias de Latour¹⁵⁵, começo pela discussão da modernidade. Nisso está implícita uma dificuldade maior, pois trata-se de uma releitura de nós mesmos e de nossa história, de nossas formas e estilos de pensar, assim como alguns meandros dos projetos políticos e culturais em que estamos envolvidos. Não que a modernidade fosse o objeto de estudo do grupo de Latour, apenas que, ao deslocar a atenção da teoria da ciência *para a sua prática*, ele simplesmente se deparou com o quadro que sustenta o acordo modernista. Início pelo esquema do acordo moderno, como ilustrado no quadro a seguir.

¹⁵⁵ Latour (2000, 2000a; 2001; 2002); Latour & Woolgar (1997).



Para a visão não-moderna proposta por Latour, não há sentido em falar independentemente de epistemologia, ontologia, psicologia e teologia. Como funciona o arranjo moderno a esse respeito?

Muito sinteticamente: a constituição moderna (analogia com a constituição de um país e ao mesmo tempo no sentido literal) oferece quatro garantias inéditas, apresentadas nos parágrafos seguintes.

Primeira garantia constitucional moderna - legado dos cientistas naturais: olha-se a natureza como externa e independente, imutável, eterna, objetiva, constituída por matéria fria e inumana, transcendente, portanto.

Segunda garantia - legado dos cientistas sociais: concebe-se a sociedade composta apenas por humanos, cidadão nus, que a constróem segundo seus contratos e a dirigem, sendo a mesma imanente à ação humana e só humana.

Terceira garantia: para manter o funcionamento das duas primeiras garantias, concebe-se a separação total e ontológica dos dois pólos – natureza e sociedade (cultura) –, e mais, concebe-se a separação permanente do trabalho de purificação (que produz verdades, teorias) do trabalho de mediação (a prática, a ação que conecta e articula tudo e todos).

Assim, a Grande Divisão está garantida: a separação completa do mundo natural e do mundo social. “As duas [primeiras] garantias só serão contraditórias enquanto a terceira não afastá-las para sempre uma da outra, fazendo de uma simetria demasiado óbvia duas assimetrias que a prática resolve sem nunca poder expressar.”¹⁵⁶

Por fim, vem a quarta garantia, resolvendo o problema de Deus: os cientistas naturais esvaziaram a natureza de qualquer conotação divina, e os cientistas sociais, por sua vez, fizeram o mesmo com a sociedade. Deus ficou distante tanto das “leis da natureza” quanto da construção da sociedade. Deus não atrapalha mais o desenvolvimento dos modernos ao mesmo tempo que permanece eficaz e fraternal no espírito dos homens.

Mas a constituição moderna jamais funcionou, ao menos na versão moderna. Pois, o estudo da atividade prática da ciência, (para além de ouvir o discurso dos cientistas) revelou que os cientistas criam, recriam e mobilizam a natureza todo o tempo nos seus laboratórios - o seu caráter imanente. Por sua vez, os políticos mobilizam o comércio, as invenções, as artes, o Estado, as técnicas, a riqueza e as armas da nação, estabilizando a sociedade, solidificando-a e tornando-a em muito transcendente à ação dos “cidadãos-nus”. Nota-se, assim, seu caráter transcendente.

Trata-se de um arranjo inédito de três imanências e três transcendências, entre as quais eles se movem rápido e incessantemente. A constituição moderna forneceu aos modernos a audácia para mobilizar coisas e pessoas em uma escala que seria proibitiva sem ela. Essa modificação de escala, esse crescimento é facilitado pela idéia de uma natureza transcendente - contanto que mobilizável -, pela idéia de uma sociedade livre - contanto que permaneça transcendente - e pela ausência de toda e qualquer divindade - contanto que Deus fale ao coração. Os modernos pensam que conseguiram sua expansão por terem separado cuidadosamente a natureza da sociedade (e colocado Deus entre parênteses), quando, na verdade, só o fizeram por terem misturado massas muito maiores de humanos e não-humanos, sem colocar nada entre parênteses e sem proibir qualquer tipo de combinação. Foram gerados pela ligação do trabalho de purificação e do trabalho de mediação, mas só atribuem os motivos de seu sucesso ao primeiro.¹⁵⁷

¹⁵⁶ Latour (2000, p.37).

¹⁵⁷ Idem (p.44-5).

O preço a pagar foi o de que os modernos ficaram incapazes de pensarem a si mesmos, devido principalmente ao efeito da terceira garantia (a separação entre a prática e a teoria, ou a incapacidade daí decorrente de pensar sobre a prática). Assim, a cada vez que terminam de fazer algo, o trabalho de purificação desvia seus olhares para os pólos ontológicos da natureza e da sociedade, apagando tudo o que foi feito, limpando novamente o terreno, negando-o mesmo, glorificando a teoria vitoriosa.

A Constituição moderna tornou os modernos invencíveis na argumentação, pois sempre têm cartas sob as mangas para alternar entre as imanências e transcendências. E invencíveis no poder, pois a sua negação do trabalho de mediação permitiu que eles criassem e proliferassem híbridos e inclusive armas sem comparação.

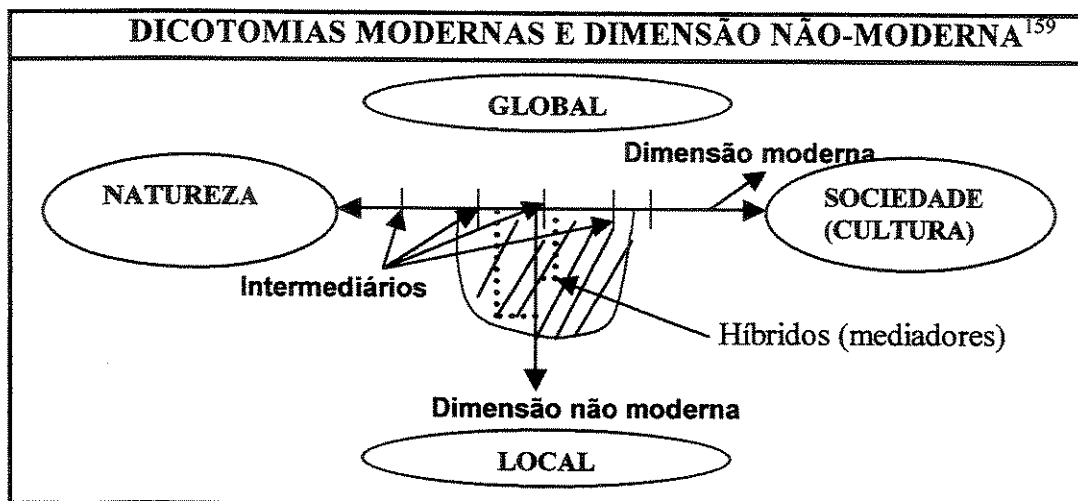
Aí descobre-se qual o ganho do acordo moderno, que talvez esteja na sua origem. Ganha-se em liberdade de ação prática, uma liberdade jamais outorgada por qualquer constituição. Uma liberdade sem contrapartida de responsabilidade, pois seu pensamento funciona como se as mudanças na ordem natural não tivessem consequências na ordem social, e vice-versa.

Além disso, em busca do controle de tudo, por todos, a disputa social foi entronizada e mitificada, permitindo que se lute o tempo todo pelo poder (social) e o controle (da natureza) e que ninguém assuma responsabilidades pelos resultados práticos.¹⁵⁸ Isso terá consequências importantes na saúde. Desse arranjo moderno, desdobram-se dilemas impossíveis, inclusive epistemológicos. Vejamos alguns deles.

Os modernos construíram dois pólos básicos (a Grande Divisão), a natureza e a sociedade – os extremos laterais da figura que segue -, para os quais tudo deve ser referenciado. Concentraram nesses pólos toda a substância ôntica, ou seja, toda a dignidade das essências. Além disso, outros dois universos distintos e dicotômicos foram criados: o universo macro, ou global, onde reinam as leis gerais, as totalidades, as coisas universais (como a modernidade, a Ciência e suas leis, a humanidade, os conceitos, a Razão), e o universo micro, ou local, onde estão as pessoas e pequenos grupos, a ação “real”, os

¹⁵⁸ Vide discussão sobre o controle e o poder como valor maior da modernidade em Lacey (1998) e no capítulo 2 deste trabalho, especificamente no tópico sobre a relação do saber com os valores e modos de vida.

regionalismos (tudo o que é transitório, as culturas dos exóticos e pré-modernos). Essa dicotomia é radical, pois quase não permite intermediários entre os pólos.



Os modernos transitam permanentemente, com seu pensamento, pelas margens desses dois pares de extremos, a ponto de só conseguirem enxergar todas as coisas e fenômenos como coordenadas entre a sociedade e a natureza, em geral dicotomizadas entre o global e o local.

Admite-se que muitas coisas e eventos estão naquele vazio do meio, mas elas são apenas intermediários carreadores das forças e essências das formas puras, que são os termos de referência de qualquer explicação. Como tais, esses intermediários são sempre irrelevantes para os modernos. O caminho da explicação moderna é o caminho que parte do fenômeno para a sua purificação nas zonas ontológicas puras das disciplinas, daí retornando para o fenômeno, que seria o ponto de encontro das essências que o explicariam, mas que não estão nesse meio. Desta forma, o meio é mantido e abolido ao mesmo tempo.¹⁶⁰

Latour acrescenta uma dimensão não-moderna a esse primeiro eixo horizontal, que polariza natureza e cultura, ortogonal a ele (eixo vertical na figura anterior), para criar um lugar de onde se possa falar das coisas sem ter que considerá-las sempre em termos de suas coordenadas modernas. Cria, assim, um eixo não-moderno cuja característica é a

¹⁵⁹ Adaptado de Latour (2000), numa síntese de vários esquemas.

¹⁶⁰ Idem (p.86-7).

devolução da existência e dignidade aos intermediários, os quais podem agora ser vistos por si mesmos. É nessa região vazia, do meio, onde o que é importante acontece, onde os híbridos de todos os tipos, os monstros mistos, as técnicas e as práticas sociais proliferam sem controle e sem identidade própria, que tentaríamos caracterizar as coisas (área hachurada na figura anterior).

Se queremos explorar esse território do meio, devemos partir dele mesmo, invertendo, assim, a forma geral das explicações, devolvendo a dignidade ôntica aos seres híbridos que ali vivem e cada vez mais proliferam, chamados por Latour de quase-objetos ou mediadores, ou actantes. Ao “invés de negar a existência dos híbridos – e de reconstruí-los desastrosamente sob o nome de intermediários – esse modelo permite, pelo contrário, a *integração do trabalho de purificação como um caso particular de mediação*. Em outras palavras, a explicação inclui a Constituição, enquanto que esta última, tomada separadamente, nega aquilo que lhe dá sentido. O que mostra o quanto o sentido da palavra mediação difere do sentido de intermediário”.¹⁶¹

Mas voltemos à compreensão dos modernos, seus dilemas e artimanhas. A modernidade criou a concepção que vê o mundo (objeto) e o homem (sociedade, sujeito) separados. A epistemologia e inclusive os autores anteriormente discutidos, relativamente fiéis ao acordo moderno, debateram-se para destrinçar a relação do objeto e do sujeito, para fundamentar as condições de confiabilidade do conhecimento do sujeito sobre o mundo lá fora. Aí, estamos separados do mundo por um abismo, que deve ser vencido pela referência ou a correspondência.

Descartes já se colocara o mesmo problema, sendo sucedido por muitos outros autores e visões. O problema que Latour vê na trajetória dos epistemólogos modernos, passando por Kant, pelos empiristas, pela fenomenologia, pelos epistemólogos históricos (Kuhn, etc.) e chegando aos pós-modernos, é que nenhum deles foi além de Descartes, ou seja, seguiram sua tradição filosófica de conceber uma mente extirpada do corpo olhando o mundo de dentro, por um estreito canal, num espetáculo estranho, em que só ele pode fornecer a noção de um mundo exterior, separado. Para Latour, o dilema da epistemologia

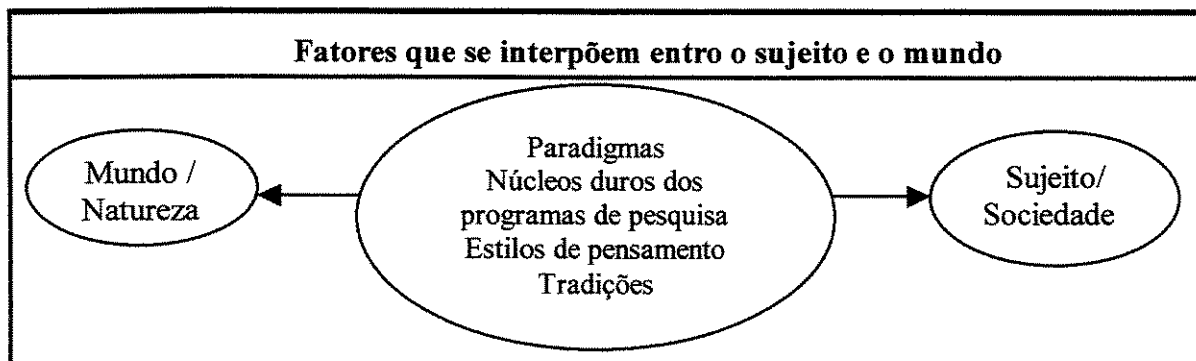
¹⁶¹ Ibidem (p.76-7).

moderna é teimar em tentar cumprir as duas ordens contraditórias: “Fique inteiramente desconectado!” e “Encontre as provas de que está conectado!”¹⁶².

A necessidade da certeza da conexão verdadeira só existe se concebemos um cérebro (mente) extirpado do corpo. Quando ele está firmemente ligado ao corpo, e o corpo se acha envolvido com sua ecologia normal, ela perde o sentido. Apenas um observador sem corpo, numa estranha posição de contemplar o mundo de dentro para fora e ligado ao exterior pela tênue conexão do olhar, se agitaria no medo constante de perder a realidade, e ansiaria por um *kit* de sobrevivência absoluto.

Mas os epistemólogos permaneceram na perspectiva cartesiana. Popper, com suas conjecturas e refutações, Lakatos, com seus programas de pesquisa científicos, mesmo Kuhn, com seus paradigmas, Feyerabend, com seu relativismo, e Fleck, com seus estilos de pensamento, enfatizaram o aspecto social da cognição e dos valores, amalgamando a sociedade ao indivíduo no conhecer, embora estes últimos três autores já não estivessem atrás de certezas absolutas nem de revelar uma regra que diferenciasses de forma certa, racional e segura o conhecimento verdadeiro dos outros.

Todos eles encontraram, ofuscando, deformando, construindo a realidade, uma névoa humana, social e cultural, que impedia o sucesso dessa busca da certeza. Ou seja, tornaram-se ainda mais difíceis a objetividade e a certeza sonhadas pela mente extirpada do corpo e de sua ecologia normal. Pois, agora, outras entidades inevitáveis intrômeteram-se entre os dois, aumentando o abismo, embaçando ainda mais a visão já estreita e longínqua que a mente tinha do mundo (como a figura abaixo esquematiza).



¹⁶² Idem (p.25).

Os modernos, ao se imaginarem mentes isoladas contemplando um mundo exterior de difícil acesso, criaram uma escolha obrigatória para si mesmos: devem acreditar ou nos fatos, ou nos fetiches. Os fatos, “feitos” pela ciência, devem se referir ao mundo objetivo, exterior, não-humano. Os fetiches, feitos pelos sujeitos, constituem-se em projeções (simbólicas) dos sujeitos ou das sociedades, crenças, que serão separadas e purificadas pela ciência (pelos modernos) nos seus conteúdos subjetivos (pertencentes ao interior dos sujeitos) e objetivos (pertencentes ao mundo dos fatos, do exterior). Então, para possibilitar a ligação do mundo interno com o mundo externo, certamente será necessária a noção de “representação”.

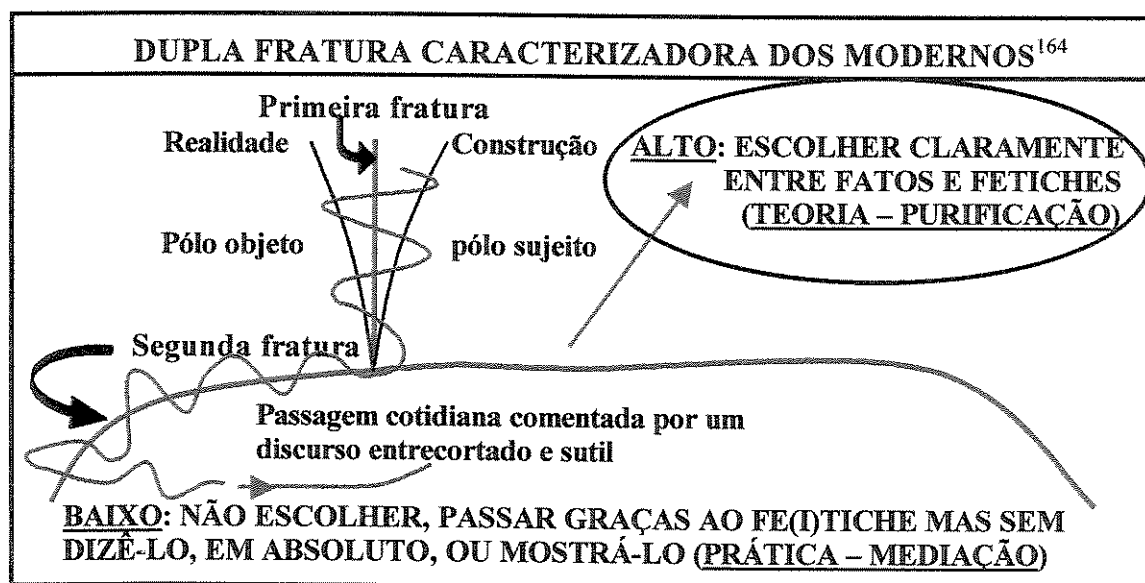
Nesse contexto, entende-se que os modernos sempre vivam no dilema de verificar se as representações, suas e dos outros (exóticos, primitivos), são verdadeiras e referem-se a fatos reais, ou se são falsas. Se falsas, então elas veiculam projeções de crenças ou emoções ou paradigmas ou mentalidades dos mundos internos dos sujeitos (ou sociedades) para “lá fora”, constituindo-se em fetiches. Assim, no repertório dos modernos, os fatos ou pertencem ao mundo externo, objetivo, são não-fabricados e, portanto, reais; ou são fabricados pelo homem e, portanto, irreais .

A escolha entre os fatos e os fetiches, como se ambos pudessem ser e existir separados uns dos outros, é a uma das características dos modernos (e esconde, por outro lado, uma realidade trazida à tona pelos estudos empíricos da ciência: os fatos reais, da ciência, são por ela construídos). Os modernos não conseguem conceber como outros povos podem viver sem essa escolha, e julgam-se extraordinários por serem os únicos a acreditarem nela. E de fato acreditam, em teoria. Essa é uma primeira ruptura caracterizadora dos modernos.

No entanto, para entender como isso pôde funcionar tão eficazmente, é preciso considerar os achados (produtos) dos “estudos científicos”, os quais, estudando a prática científica, revelaram que essa crença dos modernos é uma crença teórica: eles mesmos não a cumprem ou respeitam na sua prática. Isso é possível de se entender se observarmos uma segunda ruptura que os modernos se impõem, hermética e permanente, que separa infalivelmente o mundo da prática daquele da teoria (a terceira garantia constitucional). Essa segunda fratura, que torna eficaz o conjunto do esquema moderno, garante a

possibilidade irrestrita, jamais tematizada, dos modernos violarem, como todos os coletivos, essa separação artificial entre fato e fetiche, misturando tudo e proliferando “fe(i)tiches” ou “fatiches”¹⁶³ como nunca antes.

Acima, paira a teoria pura, alta, límpida: a separação total da realidade e da construção, entre fatos e fetiches, fraturados. Abaixo, numa segunda fratura, é possível não escolher entre os dois, e sim fazer passar, graças aos fe(i)tiches (fatiches) e suas mediações e passes, mas sem dizê-lo ou mostrá-lo nunca (linhas azuis da figura abaixo). Ou seja, na prática, a terceira garantia constitucional dos modernos, que separa sempre o trabalho de purificação do de mediação, garante a eficácia do arranjo (conforme figura abaixo).



¹⁶³ O autor inventou esse neologismo (em francês “faitiche”), derivado do trocadilho, em francês, entre as palavras fatos, feitos e fetiches. Em português, adaptou-se para “fe(i)tiche” ou “fatiche”. A idéia central é desviar da clivagem moderna entre o feito (construído) e o fato (não construído), necessidade esta derivada do desafio de compreensão da prática científica, principalmente, olhada sob um ângulo simétrico. Essa prática mostra como o que é construído ganha relativa autonomia de seu construtor, e ao mesmo tempo, o construtor nunca consegue dominar totalmente o que constrói, num eterno jogo de mediações, passes e transformações. Vide Latour (2002).

¹⁶⁴ Latour (2002, p.58).

Porém, é preciso acrescentar o trabalho pelo qual os modernos tentam restaurar a integridade clivada (linha marrom da figura acima). Eles restauram, emendam, remendam o duplo rasgo incessante e indefinidamente. Se os modernos realmente apenas destruíssem seus fetiches, ninguém, em parte alguma, poderia mais agir. E se não destruíssem, eles seriam iguais aos outros. Mas por que esta bizarra configuração? Qual sua vantagem? É que ao remeter à prática subterrânea a resolução da contradição contínua imposta pela quebra violenta dos fe(i)tiches transportadores e mediadores, os modernos puderam mobilizar forças extraordinárias, sem que elas aparecessem como ameaçadoras ou monstruosas. O alto da figura acima desorganiza a teoria da ação, cria o mundo independente da prática, e lhe permite desdobrar-se sem ter que prestar contas instantaneamente, sem risco, sem responsabilidade, sem perigo. **“Outros, mais tarde, em algum outro lugar, suportarão as conseqüências, medirão o impacto, avaliarão as repercussões e limitarão os estragos.”**

165

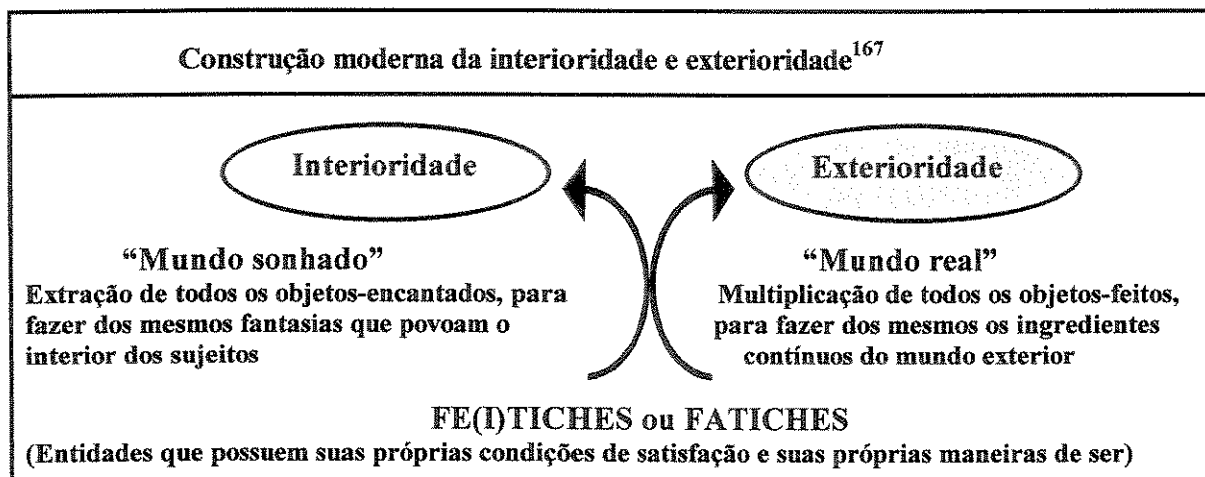
O pensamento crítico dos modernos pode ser ainda melhor entendido quando observamos seu movimento permanente de aspiração e refluxo, que ajuda a manter e a criar a Grande Divisão entre o mundo natural e o social. Sob o pretexto de que ajudamos a criar os seres-encantados em que acreditamos, ele esvazia todos eles expulsando-os do mundo real, para transformá-los, uns após os outros, em fantasias, imagens, idéias. Sob o pretexto de que os objetos-feitos, “científicos”, uma vez elaborados no laboratório, parecem existir sem a nossa presença, ele alinha os fatos em batalhões compactos, compondo um “mundo real”, contínuo sem lacuna, sem vazio, sem humano.

Ao evitar por duas vezes a curiosa prática que exige que os objetos-encantados e os objetos-feitos sejam fabricados por humanos, essa bomba gigantesca criou, simultaneamente, por aspiração (subtraindo os seres-encantados em que acreditávamos do mundo real para o interior dos sujeitos e culturas) e por injeção (adicionando ao mundo os novos seres, feitos no laboratório mas objetivos, “reais”) a interioridade e a exterioridade.

Assim, o sujeito da interioridade serve de contrapartida para os objetos da exterioridade. Para fazer a ligação, inventaremos, em seguida, a noção de *representação*.

¹⁶⁵ Idem (p.61, negrito meu).

Graças a ela, o sujeito da interioridade começa a projetar sobre a “realidade exterior” seus próprios códigos - os quais lhe foram dados de fora, “por um encadeamento causal dos mais impressionantes, das estruturas da língua, do inconsciente, do cérebro, da história, da sociedade.”¹⁶⁶ Logo, pode-se acrescentar ao esquema dos modernos um complemento:



Além disso, nessa perspectiva não-moderna, o dilema moderno do relativismo pode ser entendido e dissolvido. Quando separamos entre nós a natureza da sociedade, ao mesmo tempo exportamos essa separação e criamos uma diferença entre nós e os outros, que aparentemente não reconhecem essa grande divisão, tão natural para nós: eles tornam-se exóticos, estranhos, pré-modernos. Com isso, criamos o problema do relativismo. Como comparar as culturas? A resposta simples é que não existem culturas, “a própria noção de cultura é um artefato criado pela nossa separação da natureza”¹⁶⁸. O que existe são naturezas-culturas, as quais constituem a única base possível para comparação. Assim se esclarecem os dramas do relativismo:

1 – No relativismo absoluto, culturas sem hierarquia e sem contatos são todas incomensuráveis, e a natureza foi colocada à parte, num aspecto da tradição da antropologia que agora rejeitamos.

¹⁶⁶ Latour (2002, p.77).

¹⁶⁷ Latour (2002, p.76).

¹⁶⁸ Latour (2000, p.102).

2 – No relativismo cultural, a natureza está presente, mas fora das culturas; todas as culturas possuem um ponto de vista mais ou menos preciso sobre ela. Aqui estamos ainda na tradição antropológica, gerando a ausência de termos de comparação, que recusamos.

3 – No universalismo particular, hegemonicamente típico das ciências, uma das culturas (a nossa) possui um acesso privilegiado à natureza, o que a separa das outras, onde a grande divisão impera internamente (em nós) e externamente, neles, nos outros. O acesso privilegiado nos torna especiais.

4 – Por fim, no relativismo relativo possibilitado pelo espaço não-moderno, todos os coletivos constituem naturezas-culturas com quase-objetos e quase-sujeitos, e apenas a dimensão da mobilização irá variar.

No entanto, “os modernos de fato diferem dos pré-modernos porque se recusam a pensar os quase-objetos como tais. Os híbridos representam para eles o horror que deve ser evitado a qualquer custo através de uma purificação incessante e maníaca”.¹⁶⁹ Isso, por si só, não significaria grande coisa se essa diferença não ativasse uma máquina de proliferar seres inéditos e monstruosos que nunca são pensados e que vão construir e redefinir o tecido social, a cultura e a natureza.

Através dessa brecha, as ciências e as técnicas irão irromper de forma tão misteriosa na sociedade que esse milagre vai forçar os ocidentais a se pensarem como sendo totalmente diferentes dos outros. O primeiro milagre gera o segundo – por que os outros não fazem o mesmo? – e depois um terceiro – por que nós somos tão excepcionais?¹⁷⁰

O relativismo relativo traz de volta a compatibilidade que julgávamos perdida. Um pouco de relativismo nos afasta do universal; muito relativismo nos traz de volta a ele, mas é um universal em rede, que já não possui qualquer propriedade misteriosa. Os universalistas definiam uma única hierarquia. Os relativistas absolutos tornavam todas elas iguais. Os relativistas relativos, mais modestos porém mais empíricos, mostram os

¹⁶⁹ Idem (p.110).

¹⁷⁰ Ibidem.

instrumentos e as cadeias que foram usadas para criar assimetrias e igualdades, hierarquias e diferenças.

Os mundos só parecem comensuráveis ou incomensuráveis àqueles que ficam presos às medidas estabelecidas. Porém todas as medidas são sempre medidas medidoras, e estas constróem uma comensurabilidade que não existia antes que fossem desenvolvidas. Como acreditar que os mundos não podem ser traduzidos quando a tradução é o próprio cerne das relações entre eles?¹⁷¹

E quanto à Ciência? Latour recheia a construção do saber científico com procedimentos muito concretos, “interconectantes” de idéias, humanos e não-humanos, derivadas das suas investigações antropológicas da prática dos cientistas. Mostra a circulação sangüínea da ciência, cujos circuitos não podem ser cortados sem matar o organismo vivo que ela é.¹⁷² Os cinco circuitos de manutenção da vida científica notados por Latour são:

1 - A mobilização do mundo, através de instrumentos, levantamentos, expedições etc, carrega uma revolução copernicana, na qual os cientistas fazem os objetos do mundo girar ao redor deles, numa organizada concentração e compressão de informação selecionada especificamente, que torna possível a transformação dos mesmos em argumentos valiosos nas suas discussões.

2 - A autonomização das disciplinas e das profissões acadêmicas, que é o processo pelo qual os cientistas arranjam colegas pelos quais as informações e argumentos precisam circular.

3 - As alianças: grupos grandes e poderosos, financiadores, políticos, industriais, comerciantes, equipamentos, materiais e substâncias, muita “gente” humana e não-humana é necessário mobilizar e fazer convergir para que as pesquisas aconteçam e haja financiamento, para que se monte um laboratório ou que as expedições ocorram. Para que o trabalho científico se desenvolva, é necessário inserir a disciplina num contexto suficientemente público, amplo e seguro a fim de garantir-lhe a sobrevivência e a continuidade.

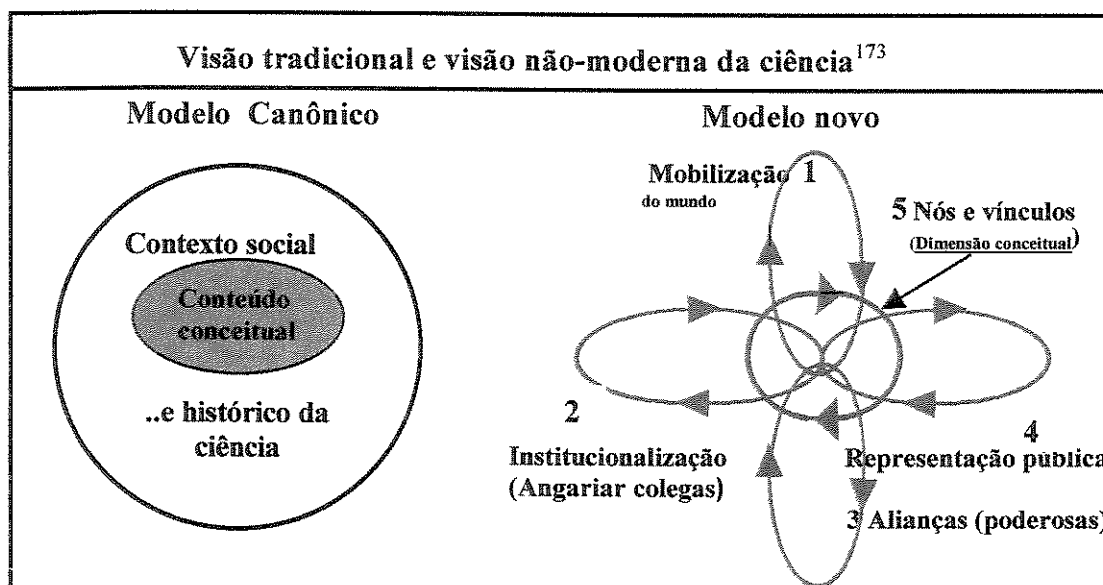
¹⁷¹ Ibidem (p.111).

¹⁷² Cf. Latour (2001, p.117-32.).

4 - Representação pública: além de tudo isso, é preciso se haver com gente comum, o público exotérico (diria Fleck), repórteres, etc., para com os quais o trato é diferente, exige novas habilidades e transformações dos conhecimentos e dos papéis de todos, humanos e não-humanos. A transformações ocorridas são necessárias para retroalimentar e legitimar qualquer pesquisa;

5 - Por fim, os vínculos e nós que são necessários para amarrar e intercomunicar positivamente os quatro circuitos anteriores, fazendo a circulação ocorrer sem parar entre todos. Esses nós e vínculos são as teorias, os métodos e os conceitos, são a dimensão conceitual, o saber: são como o coração do sistema circulatório da ciência, que interligam os anteriores, núcleo central que tudo une.

Ninguém pensaria em separar o coração dos inúmeros sistemas que ele interliga e vivifica, particularmente da rede de vasos para onde bombeia e de onde recebe seu sangue; assim como não se pode separar os conteúdos (ou conceitos) de uma ciência - de um lado - que vinculam todos os quatro circuitos acima resumidos, do contexto - do outro lado - que é o conjunto exatamente desses mesmos circuitos. Se o fizermos, perdemos a compreensão da dinâmica viva da ciência.



¹⁷³ Latour (2001, p.118).

O modelo canônico pode ser extraído do modelo novo pelo cancelamento das mediações-chave. Se a dimensão conceitual for extirpada das outras quatro, será transformada num núcleo enquanto os outros quatro circuitos agora desconectados formarão, ao serem juntados posteriormente, algo como o contexto social e histórico, o qual não terá relevância para a definição do cerne da ciência. “Há, de fato, um núcleo conceitual, mas ele não é definido por preocupações localizadas *a grande distância* de outras; ao contrário, é ele que as mantém todas juntas, que robustece sua coesão, que *acelera sua circulação*. (..) O conteúdo de uma ciência não é algo que esteja contido; é, ele próprio, o *continente*”¹⁷⁴.

Ao estudar a prática dos cientistas em suas pesquisas, Latour e seus colegas abordaram a imensidão que existe entre a sociedade e a natureza, que é o que existe na “realidade”, de cuja forçada abstração platônica pelos extremos se pôde montar o eixo de coordenadas modernas. Os estudos do grupo de Latour revelaram uma permanente cadeia de transformações, substituições, mediações e deformações, levadas a cabo por actantes (em substituição a atores, termo reservado a humanos) humanos e não-humanos, materiais e imateriais, numéricos e discursivos, práticos e teóricos, os quais geram constantemente diferenças entre as partes que eles conectam, fazendo circular fenômenos e substâncias, ação e passividade, abstrações e concretizações, matéria e forma. Nos sucessivos estágios dessa cadeia, há um fluxo multidimensional de procedimentos e articulações que vem de longe e pode ser, em tese, indefinidamente aumentado, além de receber e de se entrecruzar com outras cadeias.

Ao entrarem nesse mundo fervilhante, Latour e seus colegas notaram como é forçado fixar arbitrariamente dois momentos ou elementos dessa cadeia para dela extrair uma verdade objetiva sobre um objeto, desconectados de toda a mediação, ao mesmo tempo, social, política, epistemológica, psicológica, instrumental, humana e técnica envolvidas.

Uma relação de referência ou correspondência entre uma assertiva e um objeto é um corte arbitrário que toma duas extremidades provisórias pela cadeia inteira. Em cada estágio sucessivo das transformações, há um hiato inexorável entre matéria e forma, entre

¹⁷⁴ Idem (p.127, grifos do autor).

as hipóteses e a ignorância, entre a complexidade do mundo e a seleção do que será trazido para o inventário dos saberes científicos, que nunca é possível preencher completamente.

Isso gera uma economia de ganhos e perdas na produção de informação e sentido. Há reduções por um lado (perde-se, em geral, em localidade, particularidade, multiplicidade e continuidade), e ampliações por outro (ganha-se em termos de compatibilidade, padronização, texto, cálculo, circulação e universalidade relativa dentro das redes de mesma prática e valores). A referência circula através das cadeias de transformações, é mais um fenômeno circulante do que uma correspondência entre extremidades arbitrárias, cegas ao que lhes sucede, precede e medeia.

Pode-se fazer uma associação entre Fleck e Latour, cujas idéias parecem ser complementares: a dinâmica de transformação de saberes, associando os fluxos de modificação dos mesmos ao longo dos círculos eso-exotéricos de um coletivo de pensamento (visto em rede), com influência mútua, associa-se com as transformações, conexões e metamorfoses entre os actantes em rede e as histórias que eles constroem, na ciência, como vista por Latour. Pode-se considerar que Fleck restringe-se aos saberes e sua transformação, sem incluir os não-humanos e as práticas nas suas reflexões epistemológicas. No entanto, ele abre caminho para isso amalgamando os saberes com os estilos de pensamentos e seus coletivos, incluindo implicitamente, por essa via, as práticas no mesmo “balaio”.

Esse “balaio”, para Latour, é um processo complexo em forma de rede, que conecta sujeitos, objetos e quase-objetos. O que seriam esses quase-objetos, afinal? Seres misteriosos que tecem redes, com distintas formas de viver, agir e sofrer a ação, transformar e serem transformados. Qual sua natureza? São reais, bem reais, e nós humanos não os criamos. Mas são coletivos, uma vez que nos ligam uns aos outros, que circulam por nossas mãos e nos definem por sua própria circulação. São discursivos, portanto, narrados, históricos, dotados de sentimento e com formas autônomas, portadores de ser.¹⁷⁵

São semelhantes ao que é a bola para o jogo de futebol: ela é não-humana mas não deve ser reduzida a um objeto. É individual mas é coletiva, narrada como um discurso, existencial como um ser, ela transforma, viabiliza, mobiliza, interfere, age, conecta a ação

¹⁷⁵ Latour (2000, p.88).

dos times e seus jogadores, do árbitro, dos bandeirinhas, das torcidas, dos radialistas e repórteres, mas também das traves, apitos, televisões e chuteiras. Ela não controla nem é protagonista, mas não é controlada ou subjugada, nem é um figurante sem importância. Ajuda, interfere, possibilita a ação e o sentido do jogo, pelo seu movimento, através dos passes e chutes. Parece uma simples bola de couro cheia de ar, mas é muito mais que isso: mobiliza o campeonato, os jogadores, as torcidas, os clubes e as mídias, as paixões, a poesia, a música, a cultura, as subculturas (“os gaviões da fiel”), os mercados, os mitos, as profissões, as tecnologias.¹⁷⁶

Adotando a versão não-moderna de Latour, podemos reconhecer sua confluência com Feyerabend e com a democracia epistemológica deste autor, que se recusa a estabelecer *a priori* uma hierarquia de legitimidade e veracidade entre tradições e modos de vida e cultura distintas. No dizer de Latour, entre modos de organizar e combinar humanos e não-humanos num coletivo. Esses dois autores concordam em por um fim à distinção disciplinar entre epistemologia, ontologia, psicologia e política. Particularmente, concordam na recusa das artimanhas dos intelectuais e filósofos (como Sócrates), aliados com poderosos (como Cálicles), que fazem um jogo político para afastar o povo do governo.¹⁷⁷

A convergência se dá também com Maturana. A biologia do conhecer deste autor reforçou a impossibilidade da obtenção de objetividade e certeza absoluta independente do observador. Ele concorda com Latour quanto a que a objetividade absoluta só se sustenta como recurso político para por um fim ao debate e exigir obediência. O “acoplamento estrutural” de Maturana é compatível e coerente com a descrição da cadeia de mediações científicas, com suas transformações, deformações e translações contínuas descritas por Latour nos seus estudos empíricos. Ressalvadas certas nuances e diferenças, pode-se dizer que são versões compatíveis.

¹⁷⁶ A analogia é de Serres, (1997, p.401-19).

¹⁷⁷ Os parênteses referem-se à análise do diálogo de Platão com Cálicles, onde Latour (2001, cap. 7 e 8). denuncia o conluio entre os dois tentando fazer parecer que a questão política se resolve na batalha entre a força aristocrática das classes superiores, representada por Cálicles, e a força da razão (episteme) dos especialistas, representada por Platão, vencida por este. A denúncia é que ambos escondem, nesse diálogo, a sua aliança para afastar o povo do governo. Feyerabend concordaria.

Qual seria o resultado da aplicação dessas idéias à saúde e à medicina? Pode-se dizer que a concepção de rede sócio-técnica - de actantes - pode contribuir para entender a medicina científica. Esta fez uma socialização intensa de seres híbridos e artificiais (todos os fármacos industrializados cabem nessa categoria¹⁷⁸ e também boa parte da aparato diagnóstico e técnico). Cada vez menos gente concebe viver sem esse mundo estranho. Os que estão longe dele, muitas vezes, anseiam por acessá-lo. Muitos dependem dessa rede criada pela biomedicina para inúmeras atividades, até recentemente tidas como naturais (partos, gripes, contusões, resfriados, lutos, cansaços, pequenas ou grandes dores, “nervosismos”, angústias, tristezas, etc.).

Autores como Illich¹⁷⁹ descreveram criticamente esse processo de medicalização do mundo, que pode ser visto como uma intensa e rápida transformação das redes de actantes envolvidas na administração diária da saúde-doença das pessoas. Tal transformação amplifica em extensão e poder uma parte dessa rede, a biomedicina e seus actantes (profissionais da saúde, medicamentos, classificação científica das doenças, técnicas e procedimentos padronizados de tratamento). A ampliação em parte transforma rapidamente, em parte faz atrofiar outras redes, mais frouxas e difusas, mais heterogêneas e não tão padronizadas, antes presentes e importantes no dia-a-dia da saúde-doença.

A tematização permitida pelo enfoque não-moderno é importante porque possibilita a discussão pública dessas transformações, e, quiçá, alguma ação direcionadora das mesmas, atualmente prejudicada pela relativa eficácia política da verdade da ciência em calar a multidão e deslocar o debate para dentro das ciências.

O clima de guerra na biomedicina é pleno: ela parece estar o tempo todo acossada por uma multidão de charlatões, teorias supersticiosas, práticos, curandeiros, benzedores, pacientes descontentes, profissionais científicos não-médicos que proliferam disputando o mercado de competências, sub-especialidades médicas que também proliferam, multidão essa que precisa ser regrada. A disputa pelo “governo” da saúde mobiliza e acirra os ânimos dos biomédicos por demais.

¹⁷⁸ Vide, a esse respeito Pignarre (1999).

¹⁷⁹ Illich (1975). Sintetizei as idéias deste autor em trabalho anterior (Tesser, 1999, cap.1).

A esse respeito, concordo com Latour: se levantássemos a bandeira de paz, a situação melhoraria. Este trabalho é um convite explícito nesse sentido. Não precisamos dessa guerra. Simplesmente porque a ciência, dizem Latour e Feyerabend, e a medicina, acrescento eu, vivem melhor, são mais férteis, mais sábias, mais eficazes se aliviadas do fardo moderno impossível de monopolizar a verdade, de calar a discussão pública, de exorcizar todos os fetiches, sendo permanentemente antifetichista. Seria mais proveitoso que nos dedicássemos a melhor usar nossos fe(i)tiches, aprendendo com os outros que usam outros fe(i)tiches e ensinando-lhes o que sabemos, de modo a curarmos mais e melhor. Isso fica muito facilitado se deixarmos de ser modernos, o máximo possível.



CAPÍTULO 2

***A pesquisa e o ensino em saúde, a clínica e a
saúde coletiva: reflexões***

Introdução

No capítulo 1, sintetizei idéias epistemológicas de sete autores contemporâneos, discutidas brevemente do ponto de vista de suas conseqüências político-sociais e de saúde. Ali a discussão ficou restrita às idéias em si mesmas, como uma contribuição para a sua divulgação na área da saúde. Agora posso entrar nos seus desdobramentos e conseqüências possíveis nessa área.

A discussão deste capítulo está organizada em temas. O enfoque é a discussão das práticas, mesmo que haja referência a teorias e conceitos filosóficos.

Foram escolhidos sete temas (1- o problema da demarcação, 2 – universalidade e objetividade, 3 – metodologia, 4 – verdade, 5 - relação com a experiência, 6 - relação com valores e modos de vida e 7 - relação com o poder social), através dos quais foram relacionadas idéias apresentadas no Capítulo 1 à vida e ao labor cotidiano da saúde (clínica, saúde coletiva, pesquisa e ensino), numa discussão voltada aos seus problemas e desafios atuais. Vale ressaltar que essas reflexões estão enfocadas na relação dos saberes com a vida das pessoas que deles usufruem ou que a eles dão sentido; ou seja, considerando situações culturais, sociais e existenciais em que pacientes, terapeutas, aprendizes e cidadãos estão inseridos.

Uma compreensão dos processos cognitivos e dos saberes e concepções que orientam as práticas dos profissionais de saúde, seja em círculos cognitivos esotéricos centrais (especializados), seja em círculos mais periféricos (exotéricos), na sua absorção pela cultura em geral e pelos indivíduos doentes, é uma tarefa árdua.

Uma maior compreensão da relação desses saberes com os praticantes, por outro lado, é também tarefa de relevância e dificuldade não desprezíveis. Minha hipótese principal é que vários dos autores estudados e algumas convergências entre eles podem contribuir para esse salto compreensivo e facilitar, assim, mudanças necessárias para a melhoria das práticas profissionais em questão, imperativo ético que permeia todo este trabalho. Aos temas, então.¹

¹ Uma síntese da discussão deste capítulo, apresentei em Tesser et al. (2003).

1 - O problema da demarcação

A demarcação do que é ou não conhecimento científico ganha relevância ao se notar que a Ciência é “a” nova produtora de verdades sociais da modernidade. Uma vez que ela é a suposta “descobridora” da verdade, tem papel fundamental na vida individual e coletiva, como poderosa orientadora e definidora de decisões e práticas.

Cumprido, pois, especificar o que pode ser considerado científico, já que o poder que converge para a Ciência torna-se imenso. A discussão ganha contornos políticos e filosóficos. Raramente uma instituição social se arrogou tamanho poder e ambição e, ao mesmo tempo, rebaixou tanto os saberes e práticas tradicionais em geral.

Para a Ciência da modernidade, tudo se passa como se estivéssemos presos num mar tenebroso de erro, engano e superstição, até que ela venha nos salvar, esclarecer e libertar. Não preciso aqui retomar os aspectos históricos e filosóficos dessa ambição do iluminismo, racionalismo e da dominação baconiana, nem tampouco discorrer sobre a intensidade e atualidade dessa pretensão moderna na saúde.² Por vários motivos, isso está cada vez mais disseminado pelos diversos grupos sociais e em instituições (Estado, organizações de saúde, etc.), apesar de alguns discursos que se dizem pós-modernos e críticos da ciência.

Na área da saúde, isso se desdobra em disputas de intensa conotação política, vital e emocional.

A disputa política no campo da saúde, no sentido “bourdieano”³ do termo, é antiga, acirrada e apresenta até agora uma vencedora oficial: a Ciência. É inegável o domínio simbólico (cultural) e prático (disseminação social, concentração de poder oficial, econômico, mercadológico) que as tecnologias e saberes científicos detêm sobre o mundo ocidental, pobre e rico, mais ou menos modernizado. E a postura política dos profissionais de saúde e dos cientistas que representam a Ciência como instituição é clara, apesar de alguns discursos dissimuladores: ela almeja o monopólio, ela disputa pelo domínio cultural,

² Uma boa discussão a esse respeito, em geral e na saúde, encontra-se em Luz (1988).

³ Bourdieu (1994). Uma bem explicada exploração do conceito de campo de Bourdieu na saúde encontra-se em Barros (1997, 2002).

ela considera-se a portadora da produção das verdades, para todos e para todas as atividades de saúde-doença.⁴

Entretanto, nem por isso seus concorrentes devem ser desconsiderados. Com efeito, em alguns assuntos, a resistência, a desconfiança e a polêmica em torno da biociência na saúde aumentam. A proliferação consistente das práticas e saberes alternativos ou complementares em saúde pelo mundo, inclusive com o incremento recente de seu estudo e alguma absorção pela biociência e pela corporação biomédica, assim como sua crescente procura atestam a tensão e a acirrada disputa nesse campo.

A conotação vital é evidente: a noção do que é saúde e doença, os valores que as acompanham, o modo de viver e cuidar da saúde e da doença, as práticas a serem defendidas ou combatidas, aceitas ou rejeitadas, interferem diretamente na qualidade, intensidade e distribuição da saúde, na sua percepção, na forma de vivê-la, gastá-la, desfrutá-la, defendê-la e cultivá-la.

A conotação emocional da questão da demarcação também é evidente. A angústia de não saber, a culpa ao descobrir que se errou, a responsabilidade de prescrever remédios, tirar dúvidas, aconselhar sobre conhecimentos e práticas, a revolta em suspeitar de que se foi enganado, a frustração e o medo de ver crenças e convicções questionadas, a insegurança sobre o que é ou não eficaz, a angústia ao se defrontar com ignorâncias para interpretação e resolução de problemas clínicos comuns e raros, leves e graves (ignorâncias próprias do profissional, da Ciência, do doente), o sofrimento proveniente da vivência da dor, da limitação, da mutilação e da morte, em si e nos próximos, nada talvez esteja tão enraizado emocionalmente. Desnecessário argumentar sobre o conteúdo emocional da questão da demarcação, do que é ou não aceito como verdadeiro ou válido na área da saúde.

⁴ Vale comentar que esta ambição de monopólio é característica dos “curandeiros” científicos. Desconheço alguma outra tradição ou grupo especializado de cura que ambicione com tal afincio esse monopólio, embora alguns se manifestem no sentido de serem reconhecidos oficialmente, respeitados, terem melhor lugar ao sol.

Se rejeitamos a Ciência como a instância julgadora do que é ou não verdadeiro ou válido em saúde-doença, como argumentou Feyerabend⁵, a questão da demarcação se atenua e se dissolve. Porém, nem de longe pensaria em defender uma posição que anulasse qualquer forma de demarcação. Seria uma defesa vã; eu abandonaria a interlocução com a mais poderosa instituição que trata de saúde-doença do ocidente. De qualquer modo o problema permanece, pois apenas se desloca: quais seriam, então, as instâncias julgadoras?

Outra direção, que prefiro seguir, é considerar a Ciência como uma instância ou tradição importante no julgamento do que é ou não verdadeiro, ou aceitável, ou confiável. Mesmo em Feyerabend, o mais crítico da Ciência dentre os autores estudados, o questionamento da excelência epistemológica da Ciência é relativo: ela passa a ser uma poderosa e sofisticada tradição a ser considerada.

Ao reconhecer a biociência como importante, embora relativizando-a e questionando seu monopólio sobre a verdade, amplia-se a necessidade da discussão de suas verdades, complexifica-se a questão da demarcação do que é ou não científico, fica urgente a polêmica sobre as mazelas, limites e problemas dessa tradição e seus saberes, fica tensa a relativização das suas pretensões, fica ainda mais emocionalmente carregada a discussão.

Se não posso aceitar automaticamente, sem ressalvas, que o que é verdadeiro é ou deve ser científico, o contrário também não satisfaz e implicaria em recair na vala comum da disputa contra ou a favor da Ciência, que torna os cientistas e biomédicos, na maior parte do tempo, paranóicos, cegos e preconceituosos quanto a essa discussão, para prejuízo de todos.

Contudo, a biociência, quanto à demarcação, joga um jogo duplo e ambíguo, típico da modernidade, como mostrou Latour.⁶

⁵ Vide Capítulo 1. Neste capítulo, para deixar mais leve o texto e considerando que as referências já foram mencionadas no Capítulo 1, farei referências aos autores sem o formalismo da especificação das obras respectivas, a não ser que julgue conveniente.

⁶ Cf. Latour (1994); vide capítulo 1.

Quando o que está em jogo é a legitimidade ou a ameaça do seu “locus” privilegiado de geradora das verdades, ela faz questão, sim, sempre, de confundir o que é científico com o que é verdadeiro, alimentando a expansão de um senso comum que já transformou o significado das palavras. Quando os praticantes e especialistas em saúde-doença não-científicos afirmam que suas práticas/saberes são científicos, o que eles estão dizendo é que seus conhecimentos e práticas são válidos, eficazes e verdadeiros (apenas a tradição oficial de legitimação ocidental, a Ciência, ainda não os conseguiu explicar ou reconhecer).

Isso é tão generalizado que permite que Michel Serres⁷ comente que o grosso da filosofia da ciência não seja mais que publicidade do cientificismo ou, em outros termos, proceda simplesmente a um raptó da racionalidade para dentro das ciências. Ora, “você encontrará uma boa razão em muitos outros domínios que não o da ciência canônica.”⁸

Por outro lado, porém, quando a situação envolve assumir a responsabilidade por esta ou aquela verdade, ou por conseqüências de aplicações de tecnologias e saberes científicos, entra em cena o discurso técnico e metodológico, cuidadoso com as extrapolações, cauteloso com as verdades provisórias, diferenciador da ciência básica e aplicada. Um discurso supostamente humilde e consciente, que ressalta seus limites e ignorâncias, que reconhece outras instâncias sociais e que separa a Ciência e a tecnologia, diferencia o conhecimento científico esotérico especializado do conhecimento científico exotérico popular (que alguns cientistas até recusam reconhecer como científico).

Neste caso, então, aparece uma humildade defensiva que reconhece que outras verdades prévias, diferentes, não-científicas, têm, podem ter ou mesmo devem ter legitimidade, reconhecimento, eficácia e veracidade.

Alternando entre a postura defensiva restritiva humilde e a postura expansiva agressiva e arrogante, a biociência moderna nunca pode ser “pega com a mão na massa”. Essa “síndrome moderna” de adesão simultânea à luta pelo poder (privilégios) de monopolizar a verdade e à recusa das responsabilidades várias (ônus) daí advindas talvez

⁷ Serres (1996, p.175).

⁸ Idem.

seja uma das características gerais mais marcantes do coletivo científico em saúde. Ela terá conseqüências profundas nas práticas em saúde-doença, particularmente na clínica e na saúde coletiva, às quais retornarei.

Feitos esses comentários, posso entrar numa discussão dos autores mencionados sobre o problema da demarcação.

A demarcação na pesquisa e na formação em saúde.

Autores que assumiram uma postura tipicamente moderna e ambígua, enfatizando o lado arrogante, agressivo, expansivo acima mencionado, para os quais a demarcação torna-se problema fundamental, foram Karl Popper e Imre Lakatos.

Para Popper, a questão da demarcação na saúde seria simples: todos os problemas advém da falta de racionalismo crítico e, com ele, da falta de rigor epistemológico nas pesquisas, que precisam ser desenhadas para testar hipóteses e teorias em função de problemas.

No entanto, há propostas demarcatórias mais restritivas do que a de Popper. Por exemplo, Bunge (s/d) acrescenta à contrastabilidade popperiana (com os dados empíricos) o critério de compatibilidade com o *grosso* do saber científico já aceito. Para Bunge, na saúde, a homeopatia é não-ciência por sua incompatibilidade com o restante do saber biomédico.⁹

Como isso se traduz na pesquisa em saúde? Mais pesquisa básica em todas as áreas, para aumentar o conteúdo, a abrangência e o detalhamento do saber biomédico. Mais ensaios clínicos controlados e metanálises, como pesquisas aplicadas que ajudam a testar o saber e as tecnologias usadas.

Os métodos hoje vigentes, com a mútua cooperação e legitimação das metodologias epidemiológicas e de laboratório (para o saber das disciplinas auxiliares da clínica), que legitimam a cientificidade da clínica e da terapêutica, só teriam que se

⁹ Bunge (s/d, p.33). A expressão em itálico é do original.

desenvolver, sofisticar e aperfeiçoar. O desenvolvimento e a expansão da Medicina Baseada em Evidência (MBE)¹⁰, assim, poderia terminar o processo de cientificização da biomedicina, que foi iniciado pelo “nascimento da clínica”, como descreveu Foucault.¹¹

Entretanto, a biociência quase não envolve teorias. Ou, dito de outro modo, não explicita, via de regra, suas teorias. Como já discutiu Camargo Jr.¹², algumas teorias biológicas podem ser encontradas, representações médicas podem ser perscrutadas a respeito do que seria a doença e como ela poderia ser explicada, mas isso não aparece de modo explícito. Em geral, as teorias da biomedicina são supostas de forma implícita. O que nos leva à conclusão de que a pesquisa em biociência, na sua quase totalidade, se dá eminentemente num caráter de ciência “normal”, na acepção de Kuhn.

Isso levanta o caráter problemático da perspectiva poperiana na saúde, uma vez que ela aponta para o teste de hipóteses e teorias, mas estas últimas não são testadas nem questionadas, nem ao menos mencionadas. Tal situação, por sua vez, faz pensar que o paradigma biomecânico¹³, que norteia a biociência, ainda se encontra em fase de desenvolvimento “normal”, estendendo-se para todos os detalhes infundáveis que a biofísica, a bioquímica e agora a genética oferecem. O que se traduz como uma fase relativamente dogmática, sem questionamento interno ou significativa evolução de teorias.

¹⁰ Ao mencionar a Medicina Baseada em Evidências, no geral, considero-a na sua expressão atual, baseada nos padrões de ensaios clínicos controlados e de metanálises dominantes. Isso, todavia, pode deixar a impressão de que esse movimento é um bloco homogêneo sem disputas internas, contradições dinâmicas e evoluções próprias, o que não ocorre. Um exemplo de contradição interna é a proposta de ampliação da noção de “evidência”, hoje restrita à evidência produzida pelos ensaios clínicos controlados, como por exemplo em Upshur et al. (2001). Esses autores propõem um modelo inclusivo de “evidência” combinando dois critérios duplos distintos: evidências gerais e pessoais, evidências quantitativas e qualitativas. A evidência da epidemiologia clínica, nesse modelo, é apenas um tipo de evidência (quantitativa geral). Os outros três tipos de evidência derivados desses critérios (quantitativas pessoais, qualitativas gerais, qualitativas pessoais) poderiam ser aceitáveis e considerados, ampliando sobremaneira o tipo de evidência considerada válida e ampliando a potência e a “inclusividade” da noção.

¹¹ Foucault (1980).

¹² Camargo, (1992a,b, 1993a,b,c, 1994a,b); Também Canguilhem (1978).

¹³ Cf. Tesser (1999, cap.2). Sintetizando ao extremo, tal paradigma biomecânico deriva da concepção positivista, materialista e mecanicista que vê o corpo como uma máquina, cujo funcionamento pode ser apreendido através do conhecimento de suas partes (“peças”) e de suas relações. As doenças são, coerentemente, manifestações de lesões que devem ser buscadas no interior do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta (via de regra, quimioterápicos e cirurgias).

Tal situação, vista positivamente, implica apostar na expansão do paradigma biomecânico, ainda com grande potencial de detalhamento e desdobramento tecnológico na saúde. Esse detalhamento poderia gerar, no futuro, uma revolução, algo novo porém longínquo, fora do horizonte atual do saber biomédico.

Vista pelo lado negativo, tal situação implica em resignação e desconsideração pelos problemas que essa visão envolve. Ou, dito de outro modo, a “crise de harmonia”¹⁴ no relacionamento com os doentes e a “crise de convivência”¹⁵ social entre a biociência e outros saberes/práticas dos pacientes e de “curandeiros” não-científicos seriam um resíduo desprezível, que a evolução da cientificização progressiva da medicina (com a MBE) e a globalização do saber biomédico irão dissipar. A homogeneização da cultura e dos cuidados em saúde não só não seria considerada um problema como passaria a ser a solução. Talvez, por isso, os problemas teóricos, éticos, terapêuticos e culturais envolvidos nessa perspectiva parecem não preocupar os seus defensores.

Nessa visão, as mazelas e iatrogenias (clínica, social e cultural¹⁶) da “exoterização” dos saberes e procedimentos científicos podem ser sempre resolvidas com a postura moderna de desresponsabilização e seriam, por fim, diminuídas com o avanço da ciência e do racionalismo crítico. O rigor da padronização da testagem, a cientificização matemática possibilitada pela bioestatística, a generalização e a legitimação provindas da epidemiologia, ou seja, os padrões-ouro atuais de racionalidade, “teorização” e metodologia, mais a cientificização do saber biomédico da clínica, via MBE, seriam naturais, necessários e desejáveis.

Em outras palavras, o modelo das ciências naturais baseado na física clássica¹⁷, que na saúde produziu o paradigma biomecânico, seria o melhor para o desenvolvimento do saber e da prática na saúde e deveria nortear, como já o vem fazendo, o problema da demarcação. O fato possível de sua aplicação não ser democratizável por ser insustentável

¹⁴ Cf. Tesser & Luz (2002).

¹⁵ Idem.

¹⁶ Cf. Illich (1975).

¹⁷ Cf. Camargo Jr (1993b).

economicamente¹⁸ ou apresentar problemas e limites éticos e terapêuticos pode ser sempre resolvido pela postura moderna de externalização dos prejuízos, pela desconsideração desses “detalhes” ou “fatores” do “entorno social” e da aplicação clínica.

Chegando, finalmente, ao cotidiano da pesquisa em saúde e ao ensino, para Popper, a demarcação é fundamental, e o cientificismo deve ser progressivo. A exclusão do não testável, a desqualificação das metafísicas distintas, a eliminação ou dominação do saber prático e/ou artesanal pela teoria científica e suas metodologias são conseqüências de menor importância.

A evolução histórica da biociência testou os saberes e conhecimentos, e o que resistiu ao teste é o melhor, vigora e deve persistir vigorando. Portanto, as metodologias usadas e o tipo de saber que elas geram, bem como o tipo de aniquilamento que operam dos aspectos excluídos dos modelos teóricos e estatísticos são adequados. Essa perspectiva adere ao instituído na biociência, identificando-a como moderna por excelência.

Segundo as propostas de Lakatos, o cenário mudaria pouco de figura. Sua teoria aparentemente mais aberta do que a de Popper, se fecha num conservadorismo similar ao poperiano quando da discussão crucial das decisões metodológicas e das avaliações da evolução dos programas de pesquisa científicos. Privilegiando os critérios já estabelecidos, as avaliações mostrar-se-ão com caráter quase tautológico e resultarão na tendência de conservar o que é vigente. Não levam em conta que, conquistada certa hegemonia por um programa, ela acaba por acarretar a eliminação de possíveis opositores antes que se constituam como tal, de modo a acabar em monopólio. Logo, continua não havendo condições para real concorrência. Mesmo assim, e talvez por isso mesmo, essa alternativa é erigida como solução para o problema.

¹⁸ Considero desnecessário argumentar ou defender esse ponto. Todos os dilemas, tendências, providências e polêmicas da gestão da biomedicina, tanto do mundo rico quanto do mundo pobre, estão aí para corroborar. As pesquisas em franca expansão das medicinas alternativas, pelo mundo rico, devido tanto à sua maior simplicidade e menor custo quanto ao fato de elas estarem só crescendo na sua demanda social, indicam a mesma direção.

Um aspecto importante que une Popper e Lakatos aos seus antecessores e à tradição epistemológica do século XX, e que, simultaneamente, os diferencia dos demais autores estudados é sua concepção de que a história da ciência cumpre um trajeto racional de assintótica progressão para a verdade (Popper), ou, ao menos, que sua história pode ser reconstruída racionalmente nesse sentido (Lakatos). Na pesquisa em saúde, isso reforça a a-historicidade vigente das concepções do conhecimento científico, no qual o saber atual serve de critério para avaliação dos demais saberes e dos de sua própria história. Ou seja, reforça a versão que busca ver no passado da própria biociência um progresso ininterrupto da obscuridade para a luz da verdade. Esse etnocentrismo, essa história hagiográfica¹⁹ alimenta o preconceito no ensino e na pesquisa, aumentando o dogmatismo dos núcleos duros do programa vigente.

No ensino, essa perspectiva redundava em manutenção dos padrões atuais da postura moderna dos profissionais e de sua iniciação. A revolução popperiana no ensino em saúde, particularmente no ensino médico, seria algo parecido com os projetos ambiciosos da MBE, que significam a intromissão capilar do racionalismo científico no cotidiano da clínica e da saúde coletiva, algo como a construção de uma tradição baseada na aplicação de resultados de metanálises e ensaios clínicos.²⁰ Pouco haveria a se acrescentar a esse respeito além das críticas já tão decantadas sobre o ensino médico e sobre a perda do lado “artístico”, humano, sacerdotal e “intuitivo” da medicina.

¹⁹ A história hagiográfica é aquela história da vida dos santos que exclui tudo aquilo que não demonstra a santidade dos mesmos, isto é, aquela construída para canonizar o santo. No caso da medicina, sua história ainda teima em fazer convergir para a situação atual de saberes toda a excelência epistemológica, numa linha contínua de progresso do passado obscuro, supersticioso, envolto em trevas e magia, enganação e dominação política, para a clareza límpida, racional, verdadeira, objetiva e universal da atualidade científica.

²⁰ Uma introdução clara e didática aos métodos, propostas e ambições da MBE encontra-se em Drummons & Silva (1998), que aliás mostra como não se deve menosprezar as ambições da mesma e suas potencialidades (de difícil concretização) de cientificação metodológica da clínica e da terapêutica. Outro exemplo encontra-se em Gomes (ed.) (2001), em cuja introdução está a abordagem dedicada ao problema do embasamento da prática clínica em suas formas “antigas”, em três linhas: “(...) os fundamentos fisiopatogênicos e o saber clínico não-sistemático, que constituíram-se no passado como a base da prática clínica, não atendem à seleção das tecnologias existentes para a sua aplicação clínica efetiva” (p.3). Ou seja, nada mais haveria a se dizer sobre como devem aprender os médicos, como devem embasar sua prática, a não ser atualizá-la pela MBE.

A não-tematização moderna das práticas em si mesmas (ensinadas à maneira tradicional de qualquer iniciação) faz com que a cegueira situacional dos iniciantes se carregue de dogmatismos racionalistas, perdendo o principiante a possibilidade de usufruir do aprendizado de uma tradição específica como tal, com saber acumulado nas suas práticas e conhecimentos. Sendo essa tradição a biomedicina, e a mesma sendo dominada pelo pensamento médico especializado - por referências às especialidades médicas -, o principiante fica relativamente privado do aprendizado de outras tradições internas à Ciência (provindas das Ciências humanas e sociais, por exemplo), internas à própria biomedicina (por exemplo, psicologia, psicanálise) e externas à Ciência (outras medicinas), com pouca possibilidade de desenvolvimento de senso crítico, pouca consideração sobre seus méritos e mazelas ou mesmo suas possibilidades e limites.

A dogmatização excessiva decorrente da visão única²¹ imposta pelo programa de pesquisa científico biomédico (ou paradigma biomecânico) nas práticas de pesquisa e de ensino geram nos iniciantes uma postura quase burocrática. Essa postura, aprendida na prática, nunca é tematizada, pois está alheia ao núcleo conceitual das disciplinas em questão. Além disso, é a própria tradição moderna que impossibilita a tematização da prática²², permanecendo a mesma cada vez mais controlada e *estandardizada* sem discussão além de “atualizações” científicas²³.

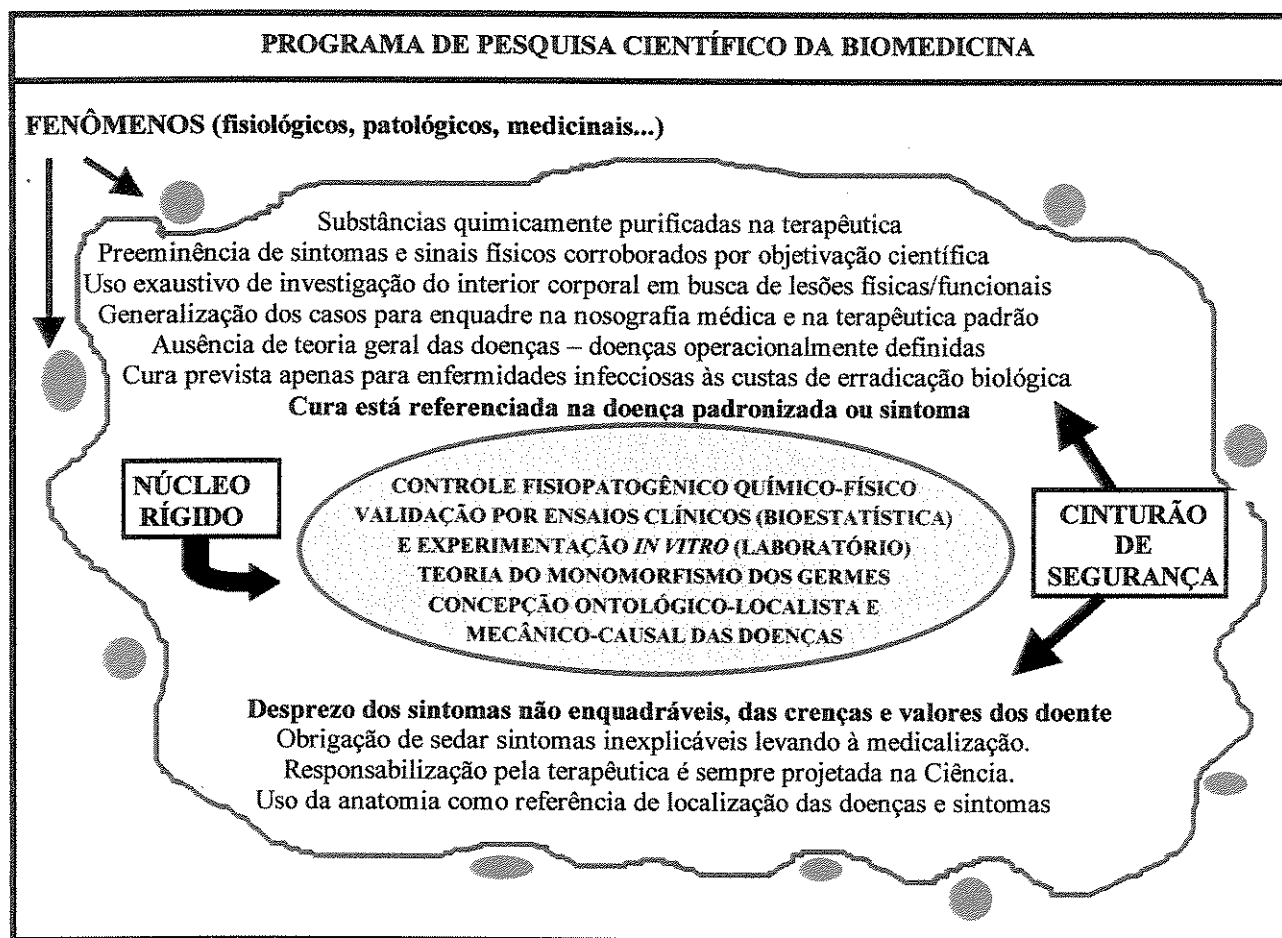
Por outro lado, as idéias de Lakatos permitem, num uso heterodoxo delas mesmas, ilustrar a parcialidade do paradigma biomédico (e potencialmente de qualquer outro). Neste sentido, poderiam ser usadas pedagogicamente. A utilização dos conceitos de Lakatos permite o reconhecimento de que estamos mergulhados numa perspectiva específica de pesquisa, evidenciando o que pertenceria ao seu núcleo rígido. Um exercício

²¹ Toda iniciação e pesquisa normal detém um caráter dogmatizado. Contudo, na biomedicina, essa característica fica multiplicada pela posição sem precedentes que a Ciência ocupa na cultura e no mundo globalizado. O dinamismo e as novidades da pesquisa “de ponta” (dos “batedores” esotéricos avançados da ciência, na linguagem de Fleck) com suas promessas de mudanças teóricas e tecnológicas, acabam cumprindo um papel de marketing que obscurece o caráter de continuidade e estabilidade do grosso da biociência (o “corpo principal do exército”) desde o início do século XX, enraizada num imaginário provindo da física clássica (cf. Camargo Jr.(1993b)).

²² Cf. Latour (2000, 2002). Vide capítulo 1.

²³ As iniciativas recorrentes de mudança do ensino, com adoção de novas metodologias pedagógicas, como a “aprendizagem baseada em problemas” (Mamede & Penaforte (orgs.)(2001), reafirmam essa dificuldade: continuam marginais há décadas, ao menos no Brasil.

rápido pode ajudar a vislumbrar, segundo o modelo lakatosiano, o esquema do programa de pesquisa científico da biomedicina (ver abaixo). Nesse esquema, incluo também elementos caracterizadores da aplicação clínica do programa - numa perspectiva aglutinadora das duas faces da biociência, a produção de saber (verdade) e a aplicação do saber (tecnologia), conforme perspectiva de Lacey (1998). Baseio-me também na visão de Fleck (1986) e no desvio não-moderno de Latour (1994), que evitam separar teoria e prática.



O que está no núcleo rígido seriam os dogmas defendidos a todo custo, protegidos do confronto com a realidade. Para administrar esse confronto, há o cinturão de segurança ou de proteção, composto de teorias, métodos e práticas que conformam o metabolismo cotidiano da pesquisa e da aplicação do programa.

A construção e tematização de um tal modelo se vale de vários elementos para compor o programa, suas relações recíprocas e com a realidade dos fenômenos, suas funções no cinturão de segurança e no núcleo rígido. Alguns mecanismos e procedimentos metodológicos estão mais próximos do núcleo duro, outros estão mais próximos da administração dos fenômenos.

Um tipo de exercício como esse leva a considerar que poderia haver outros programas de pesquisas, baseados em outras premissas ou outros núcleos duros. Ou pensar sobre mudanças em partes substanciais de um mesmo programa para sua melhoria. Isso, por sua vez, remete-nos à reflexão sobre quais são as premissas inquestionáveis, impensáveis de modo diverso daquele da tradição biomédica. E facilitaria compreender outras tradições de cura bem estruturadas, como foi feito por Chibeni²⁴ em relação à homeopatia, conforme illustrei no capítulo 1.

A construção de um programa diferente do da biociência atual e seu efetivo exercício, todavia, pressupõe espaço material, intelectual, investimento e trabalho coletivo que ainda parecem insuficientes para vencer os obstáculos, vetos, disputas e bloqueios de várias ordens no seio da academia. Diminuir essas dificuldades e facilitar tal construção é uma tarefa na qual este estudo se insere.

Ao contrário de Popper e Lakatos, em termos gerais, coloco-me no pólo oposto da ambição de explicar racionalmente a evolução dos programas de pesquisa e sua sucessão. Reduzir essa aventura multifacetada dos modernos, que é a Ciência e seu saber mutante, a uma evolução por passos e decisões metodológicos racionais que iriam na direção de uma suposta verdade parece-me uma empreitada desnecessária, que não protege a suposta superioridade epistemológica da Ciência nem ajuda a demarcá-la. Concordo com Feyerabend nesse ponto, endossando sua perspectiva pedagógica pouco compreendida.

A contribuição de Kuhn na discussão da demarcação em pesquisa e ensino é patente pelo já usado conceito de paradigma. Embora tal conceito tenha sido construído numa perspectiva histórica; ou seja, num olhar retrospectivo, enfocando estritamente a

²⁴ Chibeni (2000).

atividade científica das disciplinas mais antigas das ciências naturais, hoje não só é necessário como exeqüível e fértil²⁵ o seu uso estendido, isto é, em tempo real e aplicado em saberes/práticas ou tradições disciplinares que não são disciplinas científicas bem estabelecidas.

O conceito de paradigma oferece um potencial reflexivo, criativo e pedagógico, com a possibilidade de tornar conscientes as pressuposições, cosmovisões e teorias aceitas, subjacentes à pesquisa. Em ambiente “normal”, isso seria de inovadora contribuição, exigindo um esforço de relativização teórica, via de regra, difícil para o praticante, quanto mais para o iniciante.

As mudanças decorrentes do conceito de paradigma, o problema da incomensurabilidade dos paradigmas e a dinâmica da ciência normal e das revoluções científicas tornam o problema da demarcação em Kuhn re-significado. Ao invés de estar voltado para fora, para separar a ciência da não-ciência, ele permite um voltar-se para dentro, para compreender como funciona a Ciência internamente, resgatando o caráter tradicional do desenvolvimento, crescimento e transformação dos paradigmas nas comunidades científicas. Desse modo, a questão da demarcação fica menos abstrata e teórica, devido à estreita ligação que os saberes, via paradigmas e comunidades científicas, passam a ter com seus praticantes, adeptos e respectivas culturas e valores.

A demarcação passa a envolver, então, a designação e caracterização de uma tradição de pesquisa e prática em saúde-doença. Em Kuhn, a obsessão em desqualificar o que não é ciência atenua-se de forma relevante, quase não aparece, talvez por seu mergulho no interior da história do campo científico, que revelou nele características comunitárias e humanas semelhantes a outros grupos sociais especializados. Isso, por sua vez, em nada torna menor o caráter de especialização e sofisticação do saber e das práticas ali produzidas.

²⁵ Vide, por exemplo, os usos do conceito de paradigma em tempo real (não-retrospectivos), não restritos à disciplinas científicas e aplicados em saúde em Nogueira (2003), Luz (1997).

Pode-se considerar, então, que a contribuição de Kuhn na questão da demarcação - e, como se verá, outros autores vão na mesma direção - consiste em um salto perceptivo e *gestáltico* que transforma a paisagem epistemológica, desviando da obsessão da busca de regras racionais que reconheceriam verdades para uma compreensão e estudo das dinâmicas psico-sociais e cognitivas de tradições disciplinares.

A utilização dessa perspectiva na pesquisa e no ensino permitiria um exercício de reflexão, de relativização cultural e histórica, abrindo campo para a reconstrução da história da medicina e da biociência, dominada pela perspectiva hagiográfica. Isso implica em reconhecer a relatividade de nosso paradigma biomecânico e a possibilidade de outros paradigmas, também com limites, mazelas e características próprias. Assim, o que é científico em saúde torna-se mais vago, mais histórico e mais contingente, permitindo diminuir a angústia dos biocientistas e profissionais da saúde quando eles notam, no seu dia-a-dia, a contingência, a disputa, a precariedade humana e social do processo de estabelecimento de verdades, técnicas, modas, métodos e saberes na biociência.

A proposta kuhniana também permite repensar as práticas cotidianas e de iniciação, re-significadas pela sua alta importância na introjeção (nos iniciantes), reprodução e expansão dos paradigmas. O ensino profissionalizante em saúde e a iniciação acadêmica, conseqüentemente, poderiam usufruir dos benefícios de se assumir como uma tradição corporativa de pesquisa e prática terapêutica, em que mestres ensinam discípulos a partir eminentemente de práticas e saberes orientados por um paradigma. Os alunos aprenderão o que lhes for ensinado muito pelo exemplo, à imagem de seus professores. Estes saberão que seu exemplo pessoal e prático é tão importante quanto o conteúdo de seu discurso, que esse exemplo faz parte da iniciação e da sustentação da biociência e da arte dessa tradição de cura. E poderão tentar administrar e minimizar os problemas, mazelas e limites da situação do pertencimento a uma tradição corporativa oficial, com seus dogmas, interesses e intermináveis polêmicas políticas, éticas, etc.

A partir da concepção kuhniana, pode-se inferir, ainda, que todo o conhecer e a pesquisa biomédica estão orientados e que o paradigma que realiza essa orientação ajuda a construir o mundo que os cientistas e biomédicos percebem. Essa compreensão é um poderoso instrumento para uma das mais difíceis tarefas da prática de pesquisa, ensino e

também da clínica, particularmente importante para esta última: o desafio de manter sempre em vigor a duplicidade do mundo dos fenômenos e do mundo percebido pelo paradigma, reduzido por um paradigma – fenômeno chamado por Fourez (1995) de “*redução paradigmática*”. Ele é fundamental para o entendimento de dilemas patentes e aparentemente insolúveis da prática clínica biomédica, assim como da consideração não-etnocêntrica de outras medicinas bem estruturadas.

Percebendo a duplicidade do mundo dos fenômenos – por um lado, um mundo de fenômenos relativamente “cru”²⁶, complexo, repleto e misterioso, trazido à tona pelos pacientes; e por outro lado, um mundo reduzido por um paradigma, simplificado, com menos elementos, com relações supostamente mais claras entre eles –, pode-se conceber a existência sucessiva ou simultânea de outros paradigmas relativamente eficazes, verazes. Logo, fica aberta a possibilidade da aceitação da multiplicidade de paradigmas na saúde.

A perspectiva kuhniana pode, assim, atenuar preconceitos e abrir margem para o entendimento e pesquisa de outros coletivos de saber/prática, tanto culturalmente disseminados como estruturados em tradições ou corporações especializadas, cujo fazer e saber em saúde pode ser melhor entendido e avaliado sob a hipótese de que contém também um outro paradigma. Isso abre campo para um tipo de pesquisa transdisciplinar ainda rara, que envolveria enfoques biomédicos, antropológicos, sociais e filosóficos: o estudo de outras medicinas em si mesmas, em seus próprios paradigmas.²⁷

Ludwick Fleck elaborou os conceitos de estilo de pensamento e coletivo de pensamento, análogos ao conceito de paradigma e comunidade científica de Kuhn, porém mais amplos. A analogia com Kuhn pode ser feita trocando as palavras paradigma por estilo de pensamento; comunidade por coletivo de pensamento; ciência normal por fase de harmonia no sistema de idéias de um estilo.

²⁶ Usarei doravante o termo fenômeno “cru” para designar os adoecimentos como trazidos pelos doentes. É claro que eles não têm nada de crus, estão sempre interpretados e trabalhados pelos doentes e suas concepções, saberes, sentimentos, etc. O uso do termo “cru” se justifica porque, apesar do processo de interpretação do próprio doente (cada vez mais medicalizado), ainda a maioria dos fenômenos mórbidos por eles trazidos vem (ou podem ser resgatados) de uma forma relativamente “crua”, ainda não reduzidos “corretamente” pelo paradigma biomédico.

²⁷ De que são um exemplo os trabalhos do projeto Racionalidades Médicas, coordenado por Luz (1992, 1993, 1995, 1996, 1997, 1997a, 1998), Barsted (2000, 2000a); Luz D. (1993), Luz H. (1993), Marques (1993).

Para Fleck, o enraizamento sociológico e psico-cognitivo do saber é uma evidência fundamental, sendo que os estilos de pensamento restringem, iniciam e orientam qualquer atividade cognitiva e investigativa, ligando-a ao seu coletivo de praticantes. De novo, a socialidade, as redes de práticas, interesses e valores comunitários e a iniciação aos moldes tradicionais estão presentes e são orientadores do saber produzido ou tematizado.

A demarcação, assim, tem relevância interna, regional. Ela fica dramática somente se um dado estilo e coletivo de pensamento se querem os únicos oficiais, verdadeiros, superiores a todos os outros e se, de fato, obtém uma hegemonia social. A questão tem, portanto, relevância enquanto marcadora de uma tradição estilística poderosa. A esse respeito, vale ressaltar que para Fleck sempre há um contato inter-estilístico. Outros estilos de pensamento existem, fazem sentido em si mesmos, já que se retroalimentam através da inter-influência recíproca quando se encontram na periferia mais exotérica dos círculos sócio-cognitivos, através dos fluxos de influência epistemológica que os círculos exotéricos exercem sobre os esotéricos.

Mas Fleck explorou direções que Kuhn não desenvolveu. O conceito de estilo de pensamento é proposto como mais genérico e não retrospectivo, tampouco restrito às comunidades científicas. Ele dispensa, portanto, a extrapolação que freqüentemente se faz do conceito kuhniano quando se o emprega para fora das ciências e para o tempo presente. Fleck sustenta essa extrapolação como apropriada e necessária.

Além disso, Fleck ajuda a compreender a complexa interação entre a razão, a arbitrariedade do pensamento, o “mundo lá fora” ou a realidade, as experiências e os estilos de pensamento. Para o autor, os fatos são sinais de resistência do mundo e do estilo de pensamento à arbitrariedade do pensamento.²⁸ Assim, esses elementos estão indissociavelmente ligados, podem e devem ser analisados juntos. Essa concepção fleckiana da dependência dos fatos para com os estilos de pensamento mostra-se valiosa pedagogicamente como instrumento de suspensão e crítica da noção ingênua que afirma o fato como objetivo e independente. A impossibilidade de separar totalmente o que é do mundo (da natureza, da realidade) do que é da teoria, da metodologia, do paradigma ou do

²⁸ Fleck (1986, pp.147-9),

estilo de pensamento no resultado das experiências e no saber ajuda a sofisticar a compreensão das complexidades da cognição e da percepção.

Feyerabend questionou a excelência epistemológica e social do saber científico. Questionou também o papel de um suposto método científico único. Para esse autor, os cientistas são pragmáticos, oportunistas, retóricos, espertos e treinados em tradições disciplinares, além de metódicos e sistemáticos, e todas essas qualidades devem ser consideradas na caracterização de Ciência.

Propondo um pluralismo teórico e metafísico, Feyerabend diz que a violação dos cânones teóricos e metodológicos tem papel tão importante na evolução e inovação da ciência quanto ao seu cumprimento. A partir de sua concepção, pode ser proposta a flexibilização da (bio)ciência e dos seus supostamente rígidos critérios demarcatórios.

Para Feyerabend, a demarcação na postura arrogante expansiva da epistemologia moderna (como em Popper e Lakatos) é uma artimanha política-cultural em busca de legitimação e ampliação do domínio pelo lado dos já fortes e vencedores.

Feita a denúncia desses aspectos políticos e retóricos, o autor contribui decisivamente para a reconstrução da noção de tradição nas ciências. Através de sua diferenciação entre tradições teóricas e históricas, sua mensagem é no sentido de “historicizar” a tradição teórica hegemônica na ciência. Propõe que parâmetros, idéias, teorias e metafísicas plurais sejam aceitáveis nas ciências, de modo a enriquecê-las e desomogeneizá-las, como estratégia para fortalecê-las e melhorá-las.²⁹

Isso, na pesquisa e no ensino em saúde, seria uma revolução pedagógica e micropolítica, e não é possível vislumbrar quais os seus resultados e como se concretizariam em termos práticos, institucionais e acadêmicos, o que é bem coerente com a postura não modeladora do autor.

Feyerabend defende uma pedagogia multicultural, com aprendizado provindo do contato, estudo e experimentação de várias tradições (de cura, no caso da saúde). Esse contato intercultural facilita a “abertura” do iniciante e praticante à possibilidade de vários valores, fatos e verdades possíveis. Além disso, o autor defende explicitamente, na

²⁹ Feyerabend (1985).

medicina, a construção de uma compartilhamento de valores com os pacientes, o que orientaria os parâmetros de ação e de avaliação dos tratamentos.³⁰ Isso introduziria conteúdos filosóficos, valores e perspectivas existenciais distintas, provavelmente envolvendo metodologias qualitativas nos estudos e pesquisas clínicas, o que é uma aposta e um caminho aberto para o futuro.

Por fim, Feyerabend inova ao re-equilibrar na balança epistemológica a teoria e a prática, ao tratá-las como duas práticas distintas que interagem.³¹ Aproximando-se da concepção não-moderna de Bruno Latour nas suas discussões, o autor concordaria com a tese de que “no fim das contas” são as práticas que estão em jogo, as práticas de nossa vida e do cuidado em saúde que queremos. Com isso, fornece pistas para nos desviarmos dos dilemas modernos que buscam soluções que sempre passam pela teorização (ao modo intelectual, da tradição teórica hegemônica nas ciências), enfatizando a necessidade de se valorizar, estudar, explorar e aprender com as miríades de práticas e tradições em saúde-doença, inclusive a nossa própria, para enriquecê-las.³²

Conforme as idéias de Feyerabend, a “repriorização” e tematização da prática cotidiana, tomada enquanto tal e confrontada com outras práticas e outros valores, tanto de outras tradições de cura como das dos próprios pacientes, é uma possibilidade benéfica. Ela, ao contrário de ameaçar, traria benefícios múltiplos para todas as partes envolvidas.

Maturana, por sua vez, vem reforçar em vários aspectos as direções apontadas por esses autores (exceção feita a Popper e Lakatos)³³. O autor praticamente não entra no tema da demarcação, restringindo-se a caracterizar a atividade científica como propositiva de passos que devem reproduzir experiências vividas. No entanto, com sua ênfase na convivencialidade democrática e com sua insistência na ligação dos saberes com a experiência vivida pelos seres, Maturana, por outras palavras, reitera a perspectiva tradicional prática aqui anunciada. Enfatizando a coordenação de comportamentos vividos,

³⁰ Feyerabend (1982, 1991).

³¹ Feyerabend, (1982, 1991).

³² Um exemplo desse exercício é a pesquisa de Camargo Jr. (2003, cap. 9).

³³ Devido ao fato de muitas convergências entre os cinco outros autores resultarem em direções contrárias às propostas popperianas e lakatosianas, deixarei doravante de fazer essa ressalva, que fica subentendida daqui para frente, quando menciono concordâncias entre os autores.

a identidade do saber com o viver e valorizando a emoção como fundadora e mantenedora da convivência continuada que gera linguagem e conhecimento como o conhecemos na prática do linguajar, o autor relativiza as ambições teóricas universalistas e cientificistas, contribuindo para a construção de uma “convivencialidade” de pesquisa e ensino mais fraterna e solidária, menos paranóica e bélica, sempre intimamente ligada com a prática vivida pelos envolvidos. O que permite, também, subentender os pacientes como sujeitos ativos no processo.

A partir de Latour, a demarcação ganha sentido se remetida à construção de redes de práticas, de valores e de sentidos que constituem a biociência. O autor recusa a extração de um núcleo conceitual teórico a ser examinado e escrutinado por critérios demarcatórios. Enfatiza que o estabelecimento de saberes e técnicas na ciência envolve sempre os cinco circuitos vitais da vida científica: mobilizar o mundo, angariar colegas para se institucionalizar, angariar aliados poderosos para financiamento e construção de “padrões-ouro” metodológicos e para publicação, construir uma representação pública bem feita e, juntando tudo isso, construir uma rede de amarras conceituais e critérios metodológicos que enfeixe firmemente esse conjunto de pessoas, técnicas, saberes, valores e recursos externos (exotéricos) necessários para a mais esotérica das pesquisas. Como se vê, uma façanha sócio-político-cultural-conceitual impressionante, e que já está em parte organizada pelas instituições acadêmicas e de pesquisa.

Latour apontaria para a necessidade de se incluir tudo isso no ensino e na pesquisa. Na saúde, tal enfoque seria fecundo, se considerarmos que as redes de práticas sociais que subjazem e sustentam a biomedicina estão relativamente inexploradas, a espera de serem vasculhadas por pesquisadores ousados que misturem todos os actantes envolvidos na produção de saberes/práticas biomédicos. Isso permitiria, por hipótese, uma abordagem fértil do chamado “complexo médico industrial”, agora com objetivos mais compreensivos de como se constróem e validam os saberes e práticas na biociência.³⁴ Ou seja, no ensino e pesquisa, talvez devêssemos ter estágios e pesquisas nos laboratórios farmacêuticos, disciplinas de graduação sobre os convênios médicos, estágios de

³⁴ Um exemplo, embora relativamente restrito dessa estratégia pode ser encontrado em Pignarre (1999): uma discussão sobre a natureza dos medicamentos na sociedade moderna.

residências nas cooperativas médicas e pronto atendimentos públicos e privados, meses inteiros de internato (ou anos inteiros de graduação) em centros de saúde e equipes de saúde da família, teses sobre o funcionamento cotidiano dos hospitais públicos, universitários, privados e filantrópicos (seus ambulatórios, enfermarias e centros cirúrgicos), estágios ao lado de “pareceristas” consagrados de instituições financiadoras, disciplinas práticas sobre processos éticos reais, sessões do CRM, reuniões de congregações e conselhos departamentais, estágios com investidores nas grandes multinacionais farmacêuticas e estágios nos seus laboratórios (se fosse possível), assim como nas reuniões das comissões de aprovação de medicamentos no ministério da saúde.

Nessa visão, o ensino médico e na saúde deve ser considerado precário justamente porque se afastou da prática real. Ofuscando a prática através do “empanturramento” dos iniciantes com conhecimentos e detalhes sub-especializados das disciplinas e especialidades, domina-se a prática e homogeneiza-se a mesma sem nunca se falar nela.

Não é de se espantar que os médicos não se sintam “curandeiros”. O ensino de um “curandeirismo” científico quase nunca é tido como missão fundamental na escola médica, que teria que ensinar jovens concretos a se transformarem em “curandeiros” em alguns anos. Essa missão tipicamente tradicional saiu do horizonte da maioria dos docentes e pesquisadores. Porque a prática real saiu do horizonte. Também por isso, provavelmente, ela está dominada por padrões considerados tão limitados.

Pensando conforme Latour, seria desejável que deixássemos de ser modernos, ou melhor, que descobríssemos nunca ter sido modernos, elaborar esse luto caro à área da saúde, para podermos de novo nos aproximar sem medo da prática e vislumbrar as maravilhas e os desafios que ela guarda à nossa espera. Tudo isso teria que ser levado em conta para uma discussão sobre demarcação. (Uma exploração, na saúde, das idéias e conceitos propostos por Latour, bem como de suas metodologias, parece-me fértil e inédita, embora complexa, ainda por desenvolver.)

A demarcação na clínica

A clínica, seja do profissional médico seja de outras profissões da saúde, é um ambiente de práticas *sui generis*, de caráter híbrido. Buscou desenvolver um caráter científico e crítico, dentro da perspectiva moderna, orientando-se pela ciência. Fiel a esse caminho, a clínica dos biomédicos desenvolveu-se no sentido da análise das partes, procurando estabelecer as verdades de cada caso: os diagnósticos das doenças. Ela usufrui dos privilégios da Ciência e conquistou uma posição de hegemonia social e monopólio oficial no que diz respeito a atividade interpretativa e terapêutica em saúde-doença.

Simultaneamente, ao monopolizar a atividade terapêutica oficial, a clínica biomédica ganhou o lugar, a responsabilidade e a função dos “curandeiros” oficiais: deve curar as pessoas, deve estabelecer sentidos para as doenças, deve reorganizar relações internas e externas do doente e dos seus próximos com a ordem social, cósmica, existencial. Essa missão tradicional de “curandeiro”, fundamento ético do “curandeirismo” em qualquer sociedade, é o que lhe dá razão de ser e normalmente está resguardada por uma tradição de especialistas com estilos próprios de pensamento, com relação de relativa harmonia simbólica com as representações sociais de corpo e doença dos doentes³⁵.

Para essa missão, a eficácia micro-social vivida da cura³⁶, no sentido de mais saúde, é mais importante do que estabelecer a verdade com certeza. Embora isso obviamente tenha relação com o que um cientista chamaria de verdade, é fácil se ver que são coisas distintas. Daí o caráter híbrido da clínica biomédica hoje. A isso, estão relacionadas várias características, dilemas e mazelas da atividade clínica biomédica.

Um desses aspectos é a obsessão, derivada da ciência, em estabelecer diagnósticos sem sombra de dúvida, conforme padrões supostamente objetivos de verdade.

³⁵ Cf. Lévi Strauss (1975, 1976). Ao argumento de que, após a modernidade, já não somos mais como os pré-modernos, de que fala Lévi-Strauss, não preciso mais do que o cerne da resposta: “Jamais fomos modernos”(Latour, 2000b; ver síntese no cap. 1). A respeito da harmonia simbólica mencionada, devo acrescentar o nuance de que ela está relativizada pela diferenciação eso-exotérica dos círculos sócio-cognitivos de que fala Fleck (1986; ver síntese no cap.1), o que vale para qualquer estilo de pensamento, incluindo a biociência..

³⁶ Ao tratar do tema da verdade na saúde e na cura, adiante, retomarei esta discussão.

Coerentemente, a biomedicina hipertrofiou-se na atividade diagnóstica³⁷, fragmentou-se em especialidades e sub-especialidades médicas. Conforme foi fragmentado o corpo no seu estudo pelo paradigma biomecânico no qual se assenta, desenvolveu-se ao redor de uma teoria das doenças que veicula uma concepção ontológico-localista e mecânico-causal³⁸ de como elas operam. Na esteira do refinamento diagnóstico, a biociência desenvolveu um interminável roteiro de esquadramento do corpo em busca de lesões concretas e alterações funcionais objetiváveis através de exames complementares dos mais variados tipos, como se as doenças fossem entidades objetivas portadoras de uma vida anti-natural.³⁹ A biomedicina age, embora sem explicitar, como se as patologias fossem “coisas, de existência concreta, fixa e imutável, de lugar para lugar e de pessoa para pessoa”, que “se expressam por um conjunto de sinais e sintomas, que são manifestações de lesões, que devem ser buscadas, por sua vez, no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta”.⁴⁰

A dificuldade de se levar a cabo com êxito tal projeto a cada doente é, obviamente, imensa. Basta comentar que grande parte das queixas dos doentes são dores ou mal-estares de difícil enquadramento na nosografia biomédica, enquanto outra grande parte é atribuída a problemas chamados de “saúde mental”.

Por outro lado, a missão de reorganizar a angústia vivida como falta de sentido, sofrimento, dor e limitação pelo doente; de compartilhar com ele um significado que o ajude, junto com a terapêutica, a melhorar de seus padecimentos, é a essência da função de “curandeiro”. Isso, talvez, não fosse muito problemático para os biomédicos se as pessoas doentes fossem semelhantes a pacientes ideais, com valores, educação, escolaridade e modos de vida e concepções de mundo, saúde e doença semelhantes aos científicos, modernizados, ocidentalizados, laicos.

Todavia, em raros lugares isso ocorre como regra. Os norte-americanos estudam porque seus cidadãos procuram cada vez mais as medicinas alternativas e o que encontram é que elas correspondem mais aos seus valores e crenças cosmológicas do que a

³⁷ Cf. Luz (1996)

³⁸ Cf. Almeida (1996).

³⁹ Cf Almeida (1996).

⁴⁰ Camargo Jr. (1993, p.13.)

medicina oficial.⁴¹ Em muitos países europeus (França, por exemplo), já está oficializada uma variedade de terapêuticas não-biomédicas, talvez pelos mesmos motivos. No Brasil e nas regiões pobres do mundo, vale dizer, na sua imensa maioria, coexistem, em sincretismo, etnias, religiões, cosmologias, saberes e práticas em saúde-doença variados, apesar do avanço da homogeneização dos cuidados em saúde-doença de origem científica.

Pode-se dizer que há algo como um caleidoscópio de representações a orientar as populações brasileiras em saúde, no qual está, é claro, a crença ou a confiança nas tecnologias modernas e científicas, mas estão também muitas outras coisas, talvez até de forma predominante.⁴²

Noutros termos, é muito comum o dissenso simbólico e cosmológico a respeito do ser humano, da doença e da cura entre profissionais de saúde biomédicos e doentes. Talvez isso até seja a regra geral, que torna relevante, trabalhosa e, por vezes, difícil a construção de sentidos compartilhados entre o biomédico e os pacientes.⁴³

A harmonia dessas duas funções (descobrir a verdade pelos critérios científicos e agir com eficácia comprovada cientificamente - diagnosticar e tratar as doenças da nosografia biomédica - e proceder a uma relação de cura como “curandeiro”, tratando do adoecimento vivido) é um desafio nada desprezível. Talvez implique relevantes mudanças na biomedicina atual.

Está envolvida, aí, a característica cultural do jogo duplo dos modernos já mencionada, transposta ao setor saúde. Especialistas em capitalizar, padronizar e controlar as coisas, os modernos são também especialistas em fugirem tanto da responsabilidades correspondentes quanto da percepção dos limites, mazelas, iatrogenias e conseqüências adversas (para usar um termo comum na área médica) do que fazem. Outros, em outro tempo e lugar, ainda que seja no corredor ao lado, numa especialidade vizinha, irão se encarregar de interpretar, administrar e tentar solucionar os problemas resistentes à (ou

⁴¹ Astin (1998). Para Dickinson (2001) (Reino Unido), além da simpatia para com a abordagem, a existência de problemas crônicos de saúde é também apontada como importante motivo de procura da medicina complementar.

⁴² Cf. Luz (1995).

⁴³ Tesser (1999, cap.3).

decorrentes da) ação moderna em saúde. Isso torna problemática essa missão. Particularmente relevante é a freqüente omissão dos “curandeiros” oficiais modernos em assumir a segunda parte das responsabilidades de seu lugar social: eles não só não aprendem, via de regra, a agir como “curandeiros”, como fingem que não querem fazê-lo.

Isso é compreensível, para além do caráter moderno mencionado, tanto pelo viés positivista da formação e do saber profissional como pelo considerável esforço (quase antropológico) necessário para esboçar uma compreensão, mesmo intuitiva, do imaginário em saúde dos doentes. Assim, os profissionais muitas vezes não buscam oferecer uma interpretação compartilhável do adoecimento. Como se tivessem sido de tal modo engolidos pela ideologia científica que já não concebesssem que os doentes, seus valores e suas representações sejam importantes e mereçam uma atenção de modo a construir uma interpretação compartilhada para seus problemas. E, por fim, que isso tenha relevância terapêutica. Agem, em geral, como se exigissem que os doentes se comportassem como objetos dóceis e submissos à sua magna missão de investigá-los e tratá-los. Como se quisessem que todos os doentes fossem “educados”, letrados, laicos, cientificizados. E que, mesmo que tal coisa não seja possível, isso pouco importa, pois a terapêutica científica, agindo nos “verdadeiros mecanismos” da doença, prescindiria desses rituais tradicionais “curandeirísticos”.

Essa promessa iluminista e positivista de eficácia real e automática, dada pela elucidação dos “verdadeiros mecanismos” da doença, que, portanto, pode prescindir do nebuloso emaranhado psico-social da relação “curandeiro”-doente, precisa ser primeiro assumida explicitamente, depois abandonada explicitamente, para poder ser relativamente considerada na medida certa em cada caso clínico.

A degradação da clínica biomédica incentivada por este imaginário subliminar da Ciência na saúde, associado ao preconceito atávico, popular e douto, de que o “curandeirismo” não-científico baseia-se numa farsa, num engodo enquanto “eficácia objetiva do seu modo de ação”, necessita ser debatida na clínica, na pesquisa e na saúde coletiva, ainda que esse debate seja difícil. Ele será facilitado quando dados empíricos forem produzidos, para além da eficácia do efeito placebo.

Tal preconceito é tão forte que mesmo Lévy-Strauss, no seu exemplo mais citado, usa um “curandeiro” farsante (Quesalid)⁴⁴ para ilustrar como funciona a “eficácia simbólica”. Com isso, induziu e reforçou o preconceito de que os “curandeiros” não-científicos são todos farsantes. Reduzindo todo ato “curandeirístico” exótico a uma farsa acompanhada de compartilhamento e reorganização simbólicos do doente, os “curandeiros” oficiais modernos em geral não se dispõem ou não conseguem assumir de forma harmoniosa essa responsabilidade de todo curador. Isso, mesmo reconhecendo que essa “eficácia simbólica” gera misteriosas curas, o que é corroborado pelo “efeito placebo” nos ensaios clínicos.

Pelo contrário, isso parece ter gerado uma postura contrária, arrogante, anti-terapêutica e problemática. Porque seríamos honestos (por oposição a charlatães), científicos e eficazes, poderíamos dispensar esses meandros subjetivos e sacerdotais da relação de cura. É claro que nenhum médico, nem cientista, assume cruamente tal preconceito ou tal postura. Mas eles podem ser considerados resultados da convergência entre a vertente epistemológica positivista e as práticas e saberes institucionalizados nos ensaios clínicos, nos manuais de semiologia e clínica, nas aulas teóricas e práticas de propedêutica e clínica, nos periódicos especializados da biociência (pela ausência de sua discussão).⁴⁵

Pode-se pensar que essa perspectiva excludente - embora não desprovida de fundamento e mesmo eficaz em alguns casos, inclusive casos graves de vida e morte (particularmente nestes) - está introjetada e institucionalizada nas práticas, instituições e saberes, está diluída no paradigma e, por isso, seja um dos motivos pelos quais ela não pode ser tematizada. Assim, compreende-se como ela pode ser tão disseminada e problemática na maioria dos casos clínicos, na quase totalidade da clínica ambulatorial biomédica.

Ainda em relação ao efeito placebo, vale comentar que há uma certa perversidade dupla no uso instituído do efeito placebo: primeiro, já observado por vários autores, o conceito induz esse imaginário positivista de que a clínica pode prescindir dele,

⁴⁴ Lévy-Strauss (1976)

⁴⁵ Ver, por exemplo, Luz (org.)(1997a).

já que a pesquisa só o usa para sua exclusão. Em resumo, a pesquisa que legitima a terapêutica despreza e exclui a eficácia do placebo (que, note-se, é incontrolável heteronomamente), e a força da ciência impõe essa relação para a clínica. Segundo, o uso metodológico do efeito placebo dá-se num contexto de busca de controle, valor típico, senão maior, da ciência e do mundo moderno (vide adiante discussão sobre os valores). A imposição desse uso sacrifica as perspectivas clínicas que não supervalorizam o controle e cria o preconceito de que não é possível eficácia e veracidade sem o tipo de obsessão pelo controle vivida na biociência. Em outras palavras, nada há além da arbitrariedade do império do controle como valor social, filosófico, político e metodológico que justifique a exportação do controle como valor principal para clínica. Ao contrário, pode-se pensar que talvez a obsessão pelo controle e pela certeza seja justamente um impecilho para a clínica, tanto para sua missão “curandeira” como para sua eficácia real.

Essa situação, também, certamente é uma das fontes de grande dificuldade para a abordagem científica de outras medicinas e práticas terapêuticas. Ela busca generalizar e universalizar, por preconceito, por exercício de poder (disputa no campo) e por convicção (valores), a relação de controle buscada na biociência, exportando para a aceitação social esse tipo de critério na relação com as outras medicinas e atividades terapêuticas. Talvez essa seja uma vertente de compreensão dos problemas resultantes do combate que a biomedicina faz, das práticas, saberes e “curandeiros” “descontrolados” em saúde-doença, ainda múltiplos e, por preconceito, ineficazes e charlatães. Entretanto, uma outra compreensão do fenômeno do placebo merece destaque: a construção e estabilização do laboratório contra-placebo, um esquema ao mesmo tempo comercial, industrial, metodológico, epistemológico. O paciente foi despojado de muitas de suas características através de uma operação social e epistemológica, e, assim, transformou-se num caso para ser instalado no laboratório contra-placebo. *A posteriori*, acredita-se poder reencontrar o paciente acrescentando psicologia ao que se tornou um caso. Há aí uma operação dissimétrica votada ao fracasso, segundo Pignarre (1999). Nessa lógica, entende-se porque não há técnicas identificáveis para aumentar o efeito placebo, a menos que se mude de

medicina e se adote uma outra tradição. Isso permite entender algo mais sobre o porquê não conseguimos pensar o placebo de modo diverso.⁴⁶

Essas dificuldades inerentes à concepção e uso do efeito placebo fizeram com que outras abordagens teóricas já tenham sido propostas, embora nitidamente marginais dentro da biomedicina. A eficácia terapêutica de um tratamento pode ser avaliada por pelo menos três abordagens distintas: eficácia metódica, eficácia pragmática e eficácia performativa.⁴⁷

A eficácia metódica é o grosso da concepção e da pesquisa biomédica dos ensaios clínicos controlados atuais, e envolve a idéia de que se pode separar o efeito placebo do que seria a eficácia genuinamente específica do tratamento.⁴⁸ Ela persiste dominante e imune aos sinais e problemas que ela própria gera.

Todavia, uma vez que vários estudos indicam que a eficácia de vários fatores inespecíficos (agrupados no termo efeito placebo) interagem continuamente com a eficácia supostamente específica do tratamento, apareceu a abordagem da eficácia pragmática. Ela pressupõe a interação permanente entre os fatores envolvidos na ação terapêutica entre si, sua não-separabilidade, e possibilita desenhar ensaios clínicos de forma diversa dos desenhados sob a abordagem da eficácia metódica. “A abordagem pragmática compara dois tratamentos nas mesmas condições em que eles seriam aplicados na prática e preocupa-se menos com os mecanismos e a explicação”.⁴⁹ Vários ensaios clínicos pragmáticos têm mostrado a eficácia significativa e até superior de tratamentos específicos alternativos ou complementares, que antes não apareciam nos ensaios clínicos metódicos.⁵⁰

Por fim, uma terceira abordagem é a da eficácia performativa, provinda de uma abordagem cultural e antropológica, que valoriza as expectativas e perspectivas do paciente, suas crenças, desejos e percepções sobre sua cura e transformação. Baseia-se na

⁴⁶ Pignarre (1999, pp.118-20).

⁴⁷ Kaptchuk et. Al. (2001, p.40-2). Extensa bibliografia de ensaios clínicos e artigos sobre metodologia está citada como fonte e exemplo da classificação proposta por estes autores.

⁴⁸ Kaptchuk et. Al. (2001, p.42-7)

⁴⁹ Kaptchuk et al. (2001, p.40).

⁵⁰ Idem (p.47-53).

linguagem da solidariedade, do holismo e da unidade e é imune aos requisitos de distanciamento e neutralidade típicos dos estudos aleatórios, duplo-cegos e valores “*p*”.⁵¹ Essa abordagem gera a questão de quem decide o que é eficaz e o que é uma simulação. Pode ser documentada por estudos qualitativos, antropológicos e levantamentos sobre a satisfação dos pacientes, e aponta para que a questão da eficácia seja também respondida pelo olhar dos doentes, que pode ou não reconhecer o método científico como arbitrador final.⁵²

Como discutir a demarcação na clínica nesse ambiente mestiço, numa tradição como a biociência, com funções, ambições, missões e objetivos díspares? Desdobremos algumas idéias dos nossos autores.

Popper e Lakatos, teriam pouca contribuição a dar, que se restringiria ao que comentei no tópico precedente: a clínica, nessa vertente, deve ser apenas mais racional, necessita mais cientificização crítica, mais MBE. Tudo deveria ser testado padronizadamente, dentro da tendência de matematização e generalização. Mesmo reconhecendo o caráter conjectural e provisório das teorias médicas e das doenças, essa perspectiva apostaria no sucesso e fertilidade do paradigma atual biomecânico e na exclusão do que não é testável, padronizável, generalizável e quantificável (controlável) pelos métodos estatísticos. Deixaria, como já está acontecendo, a aplicação individual do conhecimento e das terapêuticas de fora do núcleo da clínica, sob o pretexto de que as metanálises e a atualização terapêutica dos médicos, quando avançarem o suficiente, suprirão ignorâncias e mazelas que hoje demandam tratamento “artístico”.

A dessubjetivação progressiva dos doentes, levada a cabo pela tradição biomédica, estaria assim justificada, seria um resíduo compensado pelo aumento da eficácia e da veracidade derivados do progresso do saber científico. Seria o fim da clínica “curandeirística”, compensado pela expansão do poder da ciência. Em outras palavras, seria o domínio total da clínica científica, cujo nascimento descreveu Foucault, e a extinção de uma clínica “curandeira”. Nessa perspectiva, estaria reforçada a ênfase no saber teórico e prático construído e atualizado via MBE.

⁵¹ Ibidem (p.41).

⁵² Ibidem (p.43; 53-6).

Usando Lakatos (assim como outros autores, por exemplo Quine⁵³), podemos entender porque a clínica, sob essa ótica, tem pouca importância, e seus dilemas são considerados detalhes irrelevantes: ela é a mais externa ferramenta (de aplicação⁵⁴) do cinturão de segurança do programa biomecânico de pesquisa científica para o manejo e administração dos fenômenos do adoecimento, ela é mesmo o *locus* por excelência desse manejo. Por isso deve, a todo o custo, desenvolver artimanhas para transferir problemas, adaptar, amenizar, ignorar, desviar, negar ou retraduzir tudo o que afronte o núcleo duro do programa. Nisso não há limites ou pudores éticos. Isso deve funcionar sempre, mesmo quando o problema a ser negado é a “doença do doente” (o que ele relata como sendo seu problema de saúde).⁵⁵ Esse é um dos grandes paradoxos da clínica⁵⁶ biomédica moderna, que tem se resolvido na direção do desenvolvimento científico, às custas da degradação das capacidades “curandeirísticas” dos biomédicos.

Por outro lado, a noção de programas de pesquisa científicos (de Lakatos) permitiria reconhecer outros projetos de programas de pesquisa médicos, dentre as medicinas ditas alternativas, como fez Chibeni com a homeopatia.⁵⁷ Tais medicinas apresentam uma clínica, por hipótese, relativamente diferente, que talvez pudesse ser experimentada e avaliada. O problema é que os critérios, conforme propostos por Lakatos, para essa avaliação, são ingênuos politicamente e científico-cêntricos cultural, teórica e metodologicamente, restritos a uma suposta razão monopolizada pela biociência ou pela estatística. Porém, pode-se pensar em mudar e ampliar esses critérios, relativizá-los conforme valores das tradições médicas e dos pacientes. Desta forma, a pluralização da

⁵³ Quine (1953).

⁵⁴ A rigor, em termos de pesquisa, pela visão lakatosiana, a clínica não existe, a não ser como fonte de indícios e problemas para a pesquisa (como os primeiros casos de AIDS, por exemplo, o foram). O que existe são os ensaios clínicos e as outras metodologias epidemiológicas. Todavia, considero que posso considerá-la tanto matriz desses ensaios quanto sua aplicação após legitimação científica. Na minha perspectiva, e cf., por exemplo, Lacey (1998), podemos e devemos considerar a (bio)ciência nas suas duas facetas sem negar uma delas: a produção de saber e entendimento do mundo (busca da verdade) e a aplicação desse saber (a face tecnológica). Pensando assim, é possível considerar a clínica como a mais externa ferramenta de adaptação do cinturão de segurança. O ensaio clínico já é uma ferramenta mais interna ao cinturão, mais protegida e enrijecida, já formalizada, moldada e desenhada conforme as teorias, cujo contato com a realidade é bem mais parcial e limitado. Ele mesmo realça e multiplica as funções adaptativas, seletivas e restritivas dos dados empíricos (para a produção de saber) da clínica, reforçando o argumento em questão.

⁵⁵ Cf. Tesser (1999).

⁵⁶ Discutidos, por exemplo, em Camargo Jr (1985).

⁵⁷ Chibeni (2000, 2001).

biociência e da clínica, teórica e metodológica, tornar-se-ia possível, como queria Feyerabend.

Sob a ótica kuhniana, uma contribuição para a clínica parece ser a ênfase na iniciação como mecanismo essencial de reprodução da tradição e seu desenvolvimento. Isso pode facilitar o reconhecimento da biomedicina como tradição. A inculcação de valores, posturas, conceitos, teorias e técnicas através do exemplo prático, na fase de ensino clínico e de treinamento prático (residência, início de vida profissional), se reconhecida, assumida e tematizada, seria um instrumento valioso de aperfeiçoamento da tradição biomédica, e, por certo, contribuiria para o desenvolvimento de um espírito crítico, em geral, dos praticantes, atenuando os dilemas da demarcação.

Através das idéias de Kuhn e Fleck, ainda, pode-se entender outra questão paradoxal da demarcação na clínica. O paradigma ou estilo de pensamento vigente na clínica biomédica está em fase de desenvolvimento normal, com a expansão de seus domínios e detalhamento de seus ramos, como o demonstra a genética atual. Os seus mecanismos, métodos, “teorias” e conceitos permanecem intactos, legítimos e inquestionados pela comunidade da biociência, e o saber cresce rapidamente. Ou seja, o saber do estilo de pensamento biomédico vai bem, obrigado. Por outro lado, e ao contrário, a aplicação social dessa medicina, a aceitação social da “sua” clínica ou ao menos a sua harmonia está em crise. Um sintoma evidente dessa crise é a recente procura progressiva das medicinas alternativas, não convencionais ou complementares, notadamente impulsionada a partir do movimento da contracultura.⁵⁸

Esses autores facilitam a conscientização das conseqüências do exercício da clínica dentro de um paradigma, o que elucida parte desse fenômeno. Em síntese, a assunção do conceito de paradigma ou estilo de pensamento na clínica facilitaria o reconhecimento e um melhor manejo das reduções paradigmáticas⁵⁹ dos problemas clínicos apresentados pelos doentes, o que é um dos pilares da crise social (de “harmonia clínica”) da medicina.

⁵⁸ Barros (1997, 2002).

⁵⁹ Cf. Fourez (1995).

Essas reduções paradigmáticas mal manejadas estão implicadas de modo paradoxal na dupla face da clínica. Sua realização grosseira e mal administrada tanto gera e aumenta a crise social da medicina quanto impulsiona, por isso mesmo, a pesquisa biomédica (que vai bem), cujo desenvolvimento induz e reforça a ideologia de que os problemas se devem ao insuficiente desenvolvimento científico nos moldes atuais (biomecânicos), alimentando a crença de que num futuro breve tudo se resolverá. O que, por sua vez, induz o clínico biomédico ao reducionismo automático e cego, à falta de cuidado e cautela na redução paradigmática. Isso piora a crise, cega os clínicos e retroalimenta positivamente a pesquisa normal. Constitui-se, assim, um círculo vicioso perverso para a clínica e ótimo para a pesquisa, que alimenta a postura arrogante, agressiva e excludente da biomedicina quanto à demarcação.

O estabelecimento da necessidade de desenvolvimento de um melhor manejo das reduções paradigmáticas é uma contribuição desses autores para a melhoria da clínica e estimularia o desenvolvimento da biomedicina pela sua excelência, pela suas virtudes, pela melhoria de sua aplicação prática e não pela sua degradação (através do círculo vicioso descrito).

Vale mencionar que o fenômeno da redução paradigmática não é típico de uma má prática clínica, é indesejável e deve ser combatido. Ao contrário, esse fenômeno é inevitável e natural, sempre que um paradigma ou estilo de pensamento orienta uma prática. Na atenção à saúde e na clínica biomédica, assim como em outras clínicas, ele ocorre inevitavelmente. O processo gera problemas quando opera de modo inconsciente - o que não diminui sua influência, ao contrário - e quando seu resultado atenta contra as representações dos doentes, rompendo uma mínima comunhão simbólica (o que é comum). Retornarei a ele adiante, na parte da metodologia na clínica.

O emergir dessa consciência e desse melhor manejo seria uma estratégia de ampliar e desenvolver a constatação dos limites do paradigma biomédico, aliás, de qualquer paradigma, e poder-se-ia constituir num embrião de renascimento de uma clínica renovada, o que seria permitido pela crítica e análise do fenômeno da redução paradigmática. Tal clínica, levando em conta a multiplicidade de paradigmas, seria possivelmente plural teoricamente, sincrética e de novo “artística”. Por agora, isso só pode ser vislumbrado como

possibilidade, embora grupos de profissionais biomédicos, reagindo a essa crise, já estejam fazendo algo desse sincretismo, constituindo o campo das medicinas complementares internamente à medicina oficial, que vem se fortalecendo e forçando uma flexibilização das questões demarcatórias.⁶⁰

Para Fleck, o contato inter-estilístico é inevitável pelo fato de que especialistas em saúde esotéricos, os terapeutas praticantes (intermediários) e o público exotérico participam de vários coletivos de pensamento diferentes, com seus respectivos estilos, que fornecem elementos e concepções uns para os outros. Ainda que as conseqüências desse processo sejam complexas, ele pode ser visto como positivo, pois incrementa a transformação dos estilos de pensamento. As clínicas de vários estilos de pensamento, de dentro e de fora das ciências, estão indiretamente sempre em contato, mais ou menos tenso, e se influenciam permanentemente, fenômeno natural inútil de ser combatido por uma postura demarcatória rígida.

Com a globalização, a expansão da medicalização no mundo e a industrialização da biociência, esse contato pode ter se reduzido. As clínicas de outros estilos de pensamento foram certamente mais influenciadas pela biociência do que vice-versa, no século XX, devido ao seu poder social e simbólico avassalador. Além disso, elas podem ter sido reduzidas ou modificadas de várias maneiras para poderem continuar sobrevivendo no mundo globalizado, absorvidas pelo mercado, associadas a religiões etc., já que oficialmente a biociência quase monopoliza os recursos e a legitimidade oficiais. Por isso, pode-se pensar, junto com Feyerabend, que o resgate, incentivo e exploração de outros estilos de pensamento sejam desejáveis, para viabilizar o contato inter-estilístico. Para a melhoria e enriquecimento da clínica biomédica, isso seria benéfico (ao contrário do sugerido pela perspectiva purificadora e demarcatória poperiana), pois vários indícios apontam para o fato de que as clínicas não-científicas (ou marginais na ciência) são fortes justamente nos pontos fracos da biomedicina.

⁶⁰ Cf. Barros (2002).

Os estilos de pensamento orientam a ação clínica e a apreensão de aspectos que formarão fatos clínicos e interpretações de adoecimentos. Levar em conta a possibilidade de vários estilos enriquece a capacidade de apreensão e de interpretação, assim como de ação. Ou seja, se vários estilos de pensamento podem ser reconhecidos, seus saberes podem ser confrontados e comparados, e suas práticas respectivas podem ser cogitadas para a ação terapêutica, enriquecendo as opções de tratamento. Isso pode ocorrer dentro dos “curandeiros” individualmente, o que me parece fértil e desejável, embora complexo, já que implicaria mudanças na formação que viabilizassem a produção desse profissionais “híbridos”⁶¹. E também seria viabilizado dentro das instituições, que podem comportar “curandeiros” de distintos estilos de pensamento, científicos ou não, como já vem ocorrendo no Brasil com a homeopatia, ainda de forma muito tímida.⁶² Como propõe Almeida (1996), isso implicaria uma revalorização da terapêutica como centro da prática clínica e do desenvolvimento da clínica, fazendo ressurgir um novo ecletismo ou sincretismo terapêutico, epistemologicamente lúcido, teoricamente plural.

Nesse sentido, outra contribuição desses autores é a possibilidade de que outras clínicas possam ser reconhecidas por inteiro, sem serem reduzidas ao paradigma biomédico, confinadas a locais institucionais e corporativos restritos ou adaptadas e simplificadas na sua complexidade, potencialidade e características próprias, como é comum. Tal processo vem ocorrendo, por exemplo, com a acupuntura, extraída da medicina tradicional chinesa de forma tal que obscurece outras práticas, saberes, valores e atores daquela medicina tradicional, obrigando-a a uma legitimação parcial e controlada pela corporação biomédica nos moldes de sua metodologia.⁶³

⁶¹ Cf. Barros (1997, 2002).

⁶² Em geral, quando a homeopatia é inserida no SUS, isso é feito como mais uma especialidade e não como uma outra medicina a ser oferecida para a população em geral, na atenção básica.

⁶³ Essa situação, associada a disputas de mercado, pode gerar situações anômalas social e epistemologicamente, quase surreais e no entanto possíveis. Por exemplo, caso a prática da acupuntura seja restrita à corporação médica, conforme disputa legislativa atual no Brasil, os legítimos círculos esotéricos dessa medicina tradicional existentes no país, provavelmente imigrantes chineses que não forem biomédicos, poderão estar simplesmente excluídos de sua própria medicina, desqualificados, tornar-se-ão criminosos que exercem ilegalmente a medicina. Os verdadeiros mestres de uma tradição sofisticada em saúde-doença passarão a ser considerados curiosos e charlatões.

Para Feyerabend, como já assinali, o tema da demarcação é um engodo relativo. Na clínica, suas idéias poderiam ser desenvolvidas na direção já apontada: assumir a tradição biomédica como uma entre outras, resgatando-se as demais, incrementando-se o confronto e o contato inter-tradicional e assumindo-se a pluralidade das clínicas como um benefício e uma riqueza da humanidade e não como um sinal de atraso ou degradação da cultura esclarecida e moderna.

Para o autor, o imperativo ético da cura na clínica seria absoluto e relativo: absoluto porque deveria estar sempre acima de ideais de homogeneização, objetivação e institucionalização científicos. E relativo porque estaria sempre submetido a condições de legitimação local, dependendo dos valores, dos sujeitos e seus coletivos sócio-culturais (numa perspectiva micro-social). Essa tripla vinculação complexa e quase contraditória para os biomédicos (necessidade de verdade - científica, epistemológica -, legitimação micro-social em termos de harmonia clínica - social - e, acima de ambos, harmonizando-os e relativizando-os, a busca da cura vivida - imperativo ético de “curandeiro”) parece ser necessária, urgente e desejável.

A postura e a prática terapêutica dos “curandeiros”, biomédicos ou não, por vezes são questionadas pelas pessoas envolvidas (e não somente por cientistas ou racionalistas críticos). Mas essas críticas, em geral, podem ser amenizadas e harmonizadas através do “bom” relacionamento “curandeiro”-doente e da primazia da postura ética do “curandeiro” em busca da cura, o que pode inclusive implicar um certo ceticismo saudável.

Tal questão permite adiantar a reflexão sobre outro tema, hoje cada vez mais relevante e cuja solução proposta tem se mostrado precária, o problema da “medicina defensiva” e do seguro médico para proteção contra processos, denúncias e litígios. Somente compartilhando valores e símbolos, exercitando boa relação “curandeiro”-doente e efetivamente trabalhando em prol da cura dos adoecimentos “crus” tanto quanto dos “reduzidos” estar-se-á eliminando os potenciais “pacientes inimigos” com seus processos. Sintetizando, antecipo aqui que a principal solução, a meu ver, para o problema da “medicina defensiva” é a recomposição da prática clínica no sentido apontado.

Para Feyerabend, o cientificismo, o saber científico e suas instituições são também um novo mito cultural epistemicida e homogeneizador. Como tal, apenas por razões estratégicas e pedagógicas, esse mito deve ser combatido e relativizado. Até para melhorar a ciência, não para destruí-la. Na saúde e na clínica, isso significa uma proteção relativa para as clínicas não-hegemônicas e não-científicas, daí a campanha pelo seu fomento, resgate, proteção.

A demarcação na saúde coletiva

A discussão do tema da demarcação na saúde coletiva pode parecer mais vaga e mais difícil, devido a maior heterogeneidade das suas práticas do que as de pesquisa e da clínica na biociência, relativamente bem padronizadas.

A epidemiologia, como ferramenta ou disciplina central da saúde coletiva, não deve obscurecer sua íntima ligação com o saber clínico. Vários autores já demonstraram que a clínica biomédica, desde seu início, é ao mesmo tempo coletiva e social.⁶⁴ Sintetizando, basta lembrar que a clínica e a epidemiologia são irmãs gêmeas xipófagas, e o que as une é a compilação das doenças, a grade nosológica científica. Em outros termos, a definição do que seja uma doença vem inexoravelmente da clínica. Embora ela não funde sozinha essa definição, pois depende da metodologia epidemiológica e das chamadas disciplinas auxiliares (fisiologia, anatomia, fisiopatologia) para o estabelecimento de relações causais, para validação de intervenções e para legitimação de mecanismos patogênicos e de ação, a clínica sempre deteve e deterá a prerrogativa de definir as doenças. A epidemiologia e a saúde coletiva são, a esse respeito, caudatárias da clínica, e através desta, do processo de construção social das doenças e seus tratamentos.⁶⁵ Hoje, dado o relativo monopólio epistemológico da biociência na saúde coletiva, isso pode ser resumido dizendo-se que elas são caudatárias da construção clínica (biomédica) e científica das doenças.

⁶⁴ Cf. Foucault (1980).

⁶⁵ Cf. Almeida Fº (1992, 1994), Mendes Gonçalves (1994), Camargo Jr. (2003), Canguilhem (1978).

Assim, ainda que a saúde coletiva pareça mais distante e mais submersa em contextos político-sociais e institucionais diversos, ela está relativamente bem amarrada pelas metodologias, valores, conteúdos e imaginários em vigor na biociência, fazendo ter sentido e pertinência a discussão de temas epistemológicos no seu ambiente de práticas.

Por outro lado, a progressiva institucionalização do SUS e o seu fortalecimento no Brasil, em que pesem as dificuldades da sua construção, faz com que a saúde coletiva cada vez mais se institucionalize e homogeneize, inclusive quanto à atenção à saúde comunitária e ambulatorial, a chamada rede básica. Programas oficiais como o Programa de Saúde da Família (PSF), de caráter nacional, também tendem a padronizar, relativamente, as práticas de saúde coletiva no país.

As conseqüências das idéias demarcatórias de Popper e Lakatos para esse ambiente sanitário são análogas às discutidas para a clínica e a pesquisa em saúde. Aqui, o racionalismo proposto por Popper redundaria em mais tecnocracia científica na saúde pública. De um ponto de vista social e cultural, isso aplicado significaria um reforço e uma retomada das ambições modernas e iluministas na área. Traduzindo para outras palavras, a intensificação da batalha dedicada a homogeneizar os valores, práticas e saberes em saúde-doença diversos, disseminados na cultura em saúde das populações brasileiras. Nesta ótica, quando díspares da versão científica, de antemão, tais práticas são consideradas ineficazes, dignas de combate e carentes de “educação em saúde”.

Outra conseqüência dessas idéias é a intensificação das já centralizadas e tecnocráticas decisões na área. Se o saber científico é o melhor, os especialistas devem ocupar posições de grande poder de decisão social. Desse modo, reforçar-se-ia a ideologia cientificista da competência tecnocrática, como se a razão científica e seu debate especializado superassem em sabedoria social a eterna e imperfeita polêmica política e democrática de fóruns deliberativos públicos, formados por cidadãos comuns representantes desse público (como nos conselhos de saúde).

Na saúde coletiva, uma vertente específica, o marxismo, é particularmente relevante no Brasil, tanto na academia como na ação social e política que ajudou a engendrar o SUS. Tal vertente tem uma elaboração epistemológica própria, como por

exemplo em Testa (1992, 1997) e Samaja (2000a,b,c). Ela introduz uma perspectiva histórica e política na epistemologia praticada na área, enriquecendo-a. No entanto, especificamente quanto à demarcação, ela aproxima-se da vertente poperiana e epistemológica geral, típica da modernidade.⁶⁶ Isso é explícito em Testa, na aceitação da Grande Divisão (entre natureza e sociedade) e da apropriação moderna do território do social pela política e ciências sociais e do natural pelas ciências naturais.⁶⁷ Nessa divisão, as ciências naturais permanecem a culminação da evolução epistemológica do saber/fazer humano sobre a natureza e o fator de sua inovação (produzindo novas positivities geradoras de incorporação tecnológica que incrementam e mudam esse saber/fazer).

Subjacente à essa aceitação está um tipo de visão que compreende o saber/fazer social não-científico, popular ou especializado, ou dos exóticos e alienígenas, como determinado pela “religião”, pelos “mitos” e pela “história”, que conformam a ideologia vigente em cada caso. Esse saber/fazer, por pertencer à vida cotidiana, não conteria em si uma negatividade crítica típica das ciências, que seria necessária para as mudanças e para a evolução. As ciências naturais seriam determinadas por essa negatividade (à maneira da falseabilidade poperiana) associada com a determinação decorrente das mudanças epistemológicas paradigmáticas (cf. formulação kuhniana)⁶⁸ - ficando implícita a sugestão de que isso as faz superiores epistemologicamente aos saberes populares ou especializados extra-científicos. De antemão e subliminarmente, nesta perspectiva, fica afastada a possibilidade de se encontrar fora das ciências uma saber digno de consideração pela saúde coletiva em termos de eficácia e de valor epistemológico para o manejo do processo saúde-doença.

⁶⁶ Esta aproximação é específica e sutil. Está indicada tanto pelo conteúdo geral do esquema de constituição e funcionamento das ciências naturais, diferenciado da vida cotidiana e das ciências sociais (Testa, 1997, p.70) quanto pela referência explícita do autor (às idéias de Chalmers [1993, 1994], Popper e Lakatos [op. cit.]), quando discute o significado da determinação nas ciências naturais (id., p.197) – e corroborada por comunicação verbal em curso de pós-graduação no ano de 2000, no Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM -UNICAMP. Essa aproximação fica clara nas linhas a seguir.

⁶⁷ Isso fica expresso nos esquemas montados por Testa (1997) para balizar seu pensamento.

⁶⁸ Testa (1997, p.141-147).

A formulação de Samaja (2000a,b), discutindo os quatro momentos metodológicos que propõe para explicar a investigação científica, induz a pensar que somente o momento científico ou da “eficácia” relaciona-se de maneira eficaz com a “realidade externa”, “objetiva” (Samaja, 2000a, 160-163). Ou seja, todos os saberes/práticas derivados de culturas e sociedades não-modernizadas estão restritos aos três momentos metodológicos anteriores (tenacidade, autoridade, metafísica), sendo, portanto, inferiores no que tange à eficácia empírica no trato com os problemas “objetivos” (de saúde-doença).⁶⁹

Se o marxismo foi fértil para a formação do campo da saúde coletiva no Brasil, parece-me que, neste particular, ele trouxe consigo um viés etnocêntrico e cientificista (positivista) para a saúde coletiva, ainda que tenha sido politicamente inovador. Esse viés tende a delegar para a biociência toda a competência para o desenvolvimento e estabelecimento do que é eficaz no trato (interpretação e intervenção) da saúde-doença.

Kuhn e Fleck fornecem contribuições no sentido já indicado no tópico anterior: a historicidade psico-social dos paradigmas (e dos estilos de pensamento) permite uma relativização dos saberes instituídos, uma abertura para sua modificação e para outros saberes de natureza diversa. Isso levado a sério abrandaria e transformaria o chamado (por Feyerabend) “raciofascismo” derivado das idéias poperianas, introduzindo tolerância, humildade e consciência da precariedade dos saberes e práticas instituídos cientificamente, agora, no passado e no futuro. Embora muito genérica, essa contribuição poderia ter importante significado prático, particularmente na chamada área de educação em saúde, na mesma direção proposta por Feyerabend.

⁶⁹ Os quatro momentos ou extratos metodológicos da formação do conhecimento humano seriam: 1º- tenacidade ; 2º autoridade, 3º - metafísica e 4º- científico. A cada momento, o autor faz corresponder predominantemente um tipo de experiência humana e de relação social, em seqüência cronológica e evolutiva na história, como é comum no marxismo. Respectivamente : 1º- sabedoria orgânica solitária do corpo biológico na sobrevivência (“sabedoria biológica” – método da tenacidade); 2º- biocomunidades e comunidades humanas primitivas (“sabedoria sapiencial” – método da autoridade); 3º - sociedades políticas (“Estados” - metafísica); e por fim, 4º - sociedades moderno-burguesas, nas quais prevalecem os mecanismos de mercado na direção da vida social – método científico.

Nesse aspecto, Fleck desenvolveu um modelo de compreensão das transformações dos saberes através dos círculos esotéricos e exotéricos dos coletivos de pensamento, e isso traz grandes possibilidades de mudança na compreensão da medicalização social, da clínica e da prática pedagógica da saúde coletiva. Traz o desafio de se adaptar, administrar e transformar a educação em saúde de modo a melhorar o resultado sócio-cultural das transformações (principalmente no sentido exotérico, do centro para a periferia) dos saberes pelos círculos sócio-cognitivos do coletivo de pensamento biomédico. Nisso está envolvido o processo colossal de medicalização social. Por genérica que seja a dinâmica como analisada por Fleck, no caso dos saberes da biociência, ela oferece bases de compreensão do metabolismo sócio-cultural dos saberes em saúde, que gerará, por sua vez, os pilares da cosmovisão dos pesquisadores e clínicos. Além disso, gerará uma referência de saber prático e de tecnologia para as populações no dia-a-dia dos problemas de saúde (já que quase todas têm contato com esse estilo de pensamento).

Dito em outras palavras: Fleck permite que desviemos da postura moderna de externalização das conseqüências da aplicação (e transformação) dos saberes e práticas especializados, particularmente os científicos. Facilita que se assuma a responsabilidade de contribuir mais sabiamente para o processo de transformação cultural em saúde-doença acelerado na modernidade, ao invés de externalizar e ignorar o que acontece na realidade social.

Explico melhor, pois este ponto é relevante e complexo: o modelo de Fleck permite que entendamos um pouco melhor as transformações nos saberes e seu uso ao longo dos círculos progressivamente exotéricos dos saberes. Essa transformação, por sua vez, é natural e inevitável. A cultura em saúde das pessoas, antes mais rica (no sentido de diversificada e competente autonomamente), dependente de conhecimentos e práticas acessíveis em ambientes próximos ou na própria cultura autóctone, hoje está muito mais medicalizada, mais pobre em capacidade e “resolutividade” autônoma. A corporação biomédica e a ideologia científica, ao desqualificar tudo o que não está institucionalizado na biociência, por vários motivos, tende sempre a “heteronomizar” os saberes e práticas. Tende a medicalizar todos os incômodos. Tende a condenar todo uso autônomo das tecnologias científicas e mesmo de outros tipos. E a saúde coletiva embarca muitas vezes

na mesma direção. Em decorrência disso, acaba exercendo uma atuação ambígua e contraprodutiva⁷⁰ na cultura geral em saúde. Ora, a saúde coletiva pode e deve, como nobre missão, atuar de modo a melhorar a cultura em geral das pessoas, aliás, assim como a clínica.

Pode parecer uma discussão obscura e utópica, mas um exemplo prático ilustra a complexidade do problema: a automedicação. Oficialmente, via de regra, ela é combatida. Os serviços públicos muitas vezes a inibem restringindo a dispensação de medicamentos, exigindo uma receita médica. Nesses lugares, todos os médicos são pressionados para fornecerem receitas de fármacos industrializados para as pessoas terem em casa e se automedicarem. Quem pode comprar o faz de rotina. Analgésicos, anti-inflamatórios, antibióticos, mais recentemente psicotrópicos, etc.

Na prática, em geral, a competência autônoma é benéfica e natural. Desse modo, também na biomedicina, um certo grau de automedicação faz parte de uma cultura de autonomia, ainda existente e resistente entre seus pacientes. Entretanto, usada abusivamente, traz grandes iatrogenias clínicas, individuais e sociais. Qual a postura moderna, dos profissionais, da saúde coletiva para enfrentar o problema? Em geral fingem que não vêem. Ou simplesmente a combatem indiscriminadamente. Os médicos, na maior parte das vezes, silenciosamente prescrevem para se livrar dos pacientes incômodos. É claro que a vida cotidiana da maioria das pessoas funciona com saberes dogmatizados culturalmente. Segundo Fleck, a segurança emocional envolvida nos saberes e práticas populares vem, em geral, da cosmovisão do mundo cotidiano exotérico, e a legitimação prática autônoma de qualquer técnica ou tratamento vem do convívio empírico com o seu uso em redes sociais comunitárias, incluídas aí as prática clínicas, inclusive a biomédica. O saber exotérico, como disse Fleck, é simplificado, apodídico, gráfico, dogmatizado e emocionalmente seguro. Por que, então, a ausência ou a raridade da reflexão e ação sobre a

⁷⁰ O conceito de contraprodutividade foi cunhado por Illich (1976), e diz respeito às consequências do uso excessivo de tecnologias científicas heterônomas (por oposição à autônomas, que são tecnologias acessadas e dominadas pelas próprias pessoas no seu meio sócio-cultural)): elas geram efeitos paradoxais, indesejáveis e perigosos, não previsíveis de antemão, cuja resolução demanda mais e mais uso de tecnologias científicas heterônomas, com mais efeitos adversos, e assim sucessivamente, como em uma bola de neve.

construção e divulgação de saberes autônomos em saúde-doença tendo em vista uma cultura mais autônoma em saúde?⁷¹

A postura moderna, de novo, vem responder à questão: a melhor maneira de dominar, homogeneizar e capitalizar a prática é nunca nem ao menos mencioná-la. De quebra, evita-se a responsabilidade sobre ela. Assim, está ainda por ser fundada a epistemologia dos saberes exotéricos, sobre a qual Fleck deixou apenas meia dúzia de linhas. Coerentemente, a saúde coletiva é relativamente restrita ao pensar sobre a educação em saúde. Sempre circulando em torno do ponto de vista da demarcação dos saberes enquanto saberes esotéricos, a biociência restringiu a um mínimo problemático os critérios de validação, sempre na perspectiva da heteronomia. Problemático pelo motivo de que não facilitam uma “exoterização” harmônica, saudável, democrática e sustentável. Sempre pressupondo uma ação heterônoma, uma dependência de profissionais ainda ilusória em certas áreas e em outras já conquistada, sempre supondo uma versão controlada das coisas e relações, a biociência abandonou o mundo do vivido aos comerciantes, contentando-se com uma noção de controle, reprodutibilidade, comparabilidade e racionalidade estatística e *in vitro*. A saúde coletiva e a sociedade, o SUS, aceitam tais critérios. As conseqüências na vida real, social, cultural ficaram fora do horizonte. Quem vai se responsabilizar pelo uso abusivo e iatrogênico, verdadeira epidemia, dos anti-inflamatórios? Quem vai atuar na epidemia (artificial?) de depressão e ansiedade, para além da avalanche de receitação de ansiolíticos e anti-depressivos? Que saberes e valores temos para orientar os cidadãos? Poucos, que em geral confluem para a heteronomia biomédica, refletida no conselho “em caso de dúvida consulte um médico” – na versão corporativa liberal – ou “consulte um serviço de saúde” – na versão da saúde pública.

As idéias de Fleck nos colocam o desafio de construir ou redescobrir sabedorias para harmonizar cautelosamente os saberes esotéricos com seus correlatos transformados exotéricos, ou melhor dito, para construir saberes esotéricos cuja “exoterização” resulte em maior liberdade, saúde, competência autônoma, mínima iatrogenia, sabedoria para a

⁷¹ Exceções louváveis devem ser registradas e comemoradas, mas apenas comprovam a regra. As campanhas pela amamentação e o parto naturais, a divulgação da tecnologia simplificada da hidratação oral para as diarreias, as mudanças internas ao SUS na forma de pagamento tornando mais atrativo o parto natural (!!!).

demanda heterônoma. Parece-me que o controle racional, típico do iluminismo e da modernidade, derivado da visão mecânico-causal do corpo e das doenças, que busca obsessivamente o controle⁷² e a certeza, não tem sido um bom orientador em termos de valores e concepções para o saber exotérico derivado.

É claro que esses valores ligados à construção dos saberes esotéricos biomédicos não são monopólio da biociência, mas é também compreensível que são característicos dela e que sua simplificação e dogmatização no saber exotérico levariam a um excesso de iatrogenias, à medicalização e a epidemias medicamentosas, transformações culturais e vitais de conseqüências imprevisíveis e perigosas.

Está para o futuro a construção de projetos de intervenção eficazes nos saberes e práticas culturais a fim de diminuir a contraprodutividade e a medicalização, harmonizar de forma sustentável e democrática saberes esotéricos com exotéricos na biomedicina.

Por outro lado, se aceitarmos a proposição de Feyerabend, a saúde coletiva pode e deve quebrar o monopólio que a ciência detém sobre o fornecimento de tecnologias e saberes para uso nos serviços de saúde. Isto é, seria o caso de separar o Estado da Ciência, a exemplo do que aconteceu com a igreja no ocidente, como propôs o autor. Claro está que não se pretende acabar com a ciência, assim como a igreja católica não sucumbiu à separação. Também parece que a biociência não aceitará pacificamente tal perda de poder e seus privilégios. Mas o reconhecimento de outras tradições de cura, o fomento a outras tradições “curandeirísticas” a conviverem com os “curandeiros” biomédicos, ao contrário, pode contribuir para demarcar melhor cada prática (embora misturando-as), limitar e caracterizar melhor seus limites e virtudes. Nesse sentido, a demarcação é útil como possibilidade de classificação e listagem das práticas e saberes (tradições ou estilos de pensamento em saúde-doença) que, em discussões democráticas, poderão ser oferecidos e testados nos serviços públicos (e investigadas pela academia, se esta se abrir para o desafio). Nesse sentido, a saúde coletiva (na sua faceta SUS e mesmo na academia) teria como uma das suas missões nobres a proteção e fomento de tradições de cura diversas. E poderiam desenvolver “sabedoria avaliativa” democrática não centrada em uma única

⁷² Adiante, na discussão sobre os valores, discuto o controle como valor na biociência e no mundo moderno.

tradição, paradigma ou estilo de pensamento. Essa tarefa é mais difícil de fazer no ambiente científico - que está submerso num paradigma, constitui-se numa tradição e é portadora de um estilo de pensamento - do que no SUS. Mas, na academia, provavelmente é mais fácil na saúde coletiva do que na clínica médica, por exemplo.

A contribuição de Maturana ao tema da demarcação na saúde coletiva e na clínica é vaga: como seus conceitos são genéricos, posso comentar que há uma complexa “deriva estrutural” dos indivíduos e instituições entre si, cuja natureza e rumos se decidem na prática da interação continuada. Para Maturana, é a prática que interessa e a demarcação envolve interminável discussão democrática sobre o que deve continuar sendo realizado na prática e o que deve ser mudado. Isso é antes de tudo uma questão política e emocional. Envolve muito mais que razões, envolve metafísicas, valores e projetos de sociabilidade em saúde, de tratamentos e acesso aos mesmos em saúde-doença.

Esses projetos, sob a ótica de Latour, remetem a construção, ampliação ou transformação de redes de práticas sociais sempre disputadas. A produção de novos seres artificiais, como os fármacos industrializados, encantamento básico da biociência moderna, poderosos e sob aparência de estarem sob controle, é um artifício poderoso na socialização e construção de redes. A ciência, nesse aspecto, é uma poderosa rede de práticas especialistas em produzir e incorporar novos seres híbridos à sociedade de “homens nus” e à cultura em saúde-doença. Esses híbridos, quase-objetos comercializáveis transformam demasiado os homens e de formas muitas vezes imprevisíveis. A saúde coletiva poderia se ver como uma rede parcialmente coerente e relativamente poderosa nesse sentido. Poderia também observar as redes de práticas que subjazem à formulação e à manutenção da biomedicina oficial, bem como de outras medicinas.

Para esse autor, a demarcação seria antes um resultado provisório do eterno jogo de construção sócio-técnica de legitimação e socialização de saberes, técnicas e quase-objetos, que nunca são referidos como tal, mas que envolvem opções metafísicas, políticas, filosóficas e de valores. Isso está traduzido nas práticas resultantes. Precisa ser discutido, portanto, nos termos dessas práticas. De um ponto de vista crítico, a biociência, tem sido vitoriosa em desviar a atenção das manobras, ações e resultados práticos para discussões de verdades teóricas segundo padrões pré-estabelecidos de certeza, controle e confiança

estatísticos e *in vitro*, internos aos valores de si mesma (em consonância com certos valores modernos). Analisar esses valores, construir e democratizar sua discussão, construir consensos saudáveis sobre que saúdes-doenças queremos tratar ou cultivar e como desejamos fazer isso são aspectos que podem ser vistos como uma tarefa importante da saúde coletiva na sua face SUS e também na face academia. Ela, se democrática, é uma instância social potente para relativizar e atenuar a arrogância e o poder conquistados pelos especialistas da biociência. Esses adquiriram poder através do crédito atribuído à ciência pela “descoberta” da essência das coisas, mas além disso, são sustentados pela rede social e econômica bem concreta de controle e produção industrial (científica) de utensílios (fármacos) do dia-a-dia que encantam a todo mundo, mesmo que a preço alto de um ponto de vista social, ecológico e, talvez, vital. Pensar em termos de redes de práticas sociais e de coletivos dessas redes interconectados por e “conectantes” de sujeitos, objetos e quase-objetos, para escapar das armadilhas do pensamento moderno, eis uma contribuição de Latour à demarcação na saúde coletiva.

Em síntese, nossos autores contribuem duplamente na questão da demarcação na saúde: de uma perspectiva interna e de outra externa à ciência.

Do ponto de vista interno, são férteis as contribuições aos ambientes de práticas mencionados, como discuti, que contribuem para uma melhor compreensão de alguns dos problemas e limites da aplicação, desenvolvimento e ensino dos saberes e práticas científicas em saúde-doença.

De uma perspectiva externa, de maneira geral, pode-se considerar que o problema da demarcação pode ser visto como eminentemente um problema sócio-político-cultural, tanto em aspectos micro quanto em aspectos macro, mais facilmente visíveis por meio da noção de redes sócio-técnicas proposta por Latour. A discussão, assim, fica remetida à construção de sabedoria para optar por ou construir valores, saberes, práticas, modos de vida e ação em saúde.

Essa sabedoria, no entanto, não necessita ser uma só. Eis outra contribuição fundamental de nossos autores e suas idéias (excetuando-se Popper e Lakatos). Conclui-se, a partir deles, que há a necessidade de pelo menos dois *locus* sociais distintos, já

reconhecíveis, onde tem sentido a discussão, onde “sabedorias demarcatórias” devem funcionar e se desenvolver.

Uma é a sabedoria demarcatória na Ciência, voltada para dentro, que tem a missão de permanentemente avaliar o que é aceitável para essa tradição. Os autores estudados contribuem para essa tarefa, conforme discuti, desde os mais conservadores, como Popper e Lakatos, até os mais mudancistas, como Feyerabend.

Outra é a sabedoria demarcatória social, geral, mais ampla, societal. Que saberes, práticas em saúde devem ser estimulados, aceitos, oficializados, fomentados ou mesmo oferecidos à população em geral. No mundo social, várias tradições e estilos de pensamento coexistem em maior ou menor tensão ou harmonia, no vasto mar da vida cotidiana dos povos, ainda múltipla no Brasil, que torna concretas as práticas em saúde-doença. Essa sabedoria, em princípio, a meu ver, deve primar por ser democraticamente desenvolvida e sempre provisoriamente definida. Como se trata de escolher dentre diferentes estilos de pensamento, com paradigmas, tradições, valores e características diferentes, parece-me que a esse respeito Feyerabend é o autor que mais contribui, com sua proposta de manter aberta a sociedade a múltiplas tradições, evitando ao máximo a identificação do coletivo geral com uma tradição específica. Isto é, mantendo distintas e diferentes as duas sabedorias mencionadas.

Ao invés de um único tipo de especialistas oficiais em saúde-doença (um só grupo de “curandeiros”, derivados da biociência), poderíamos ter alguns tipos a se complementarem em competência, a multiplicarem as opções, a diversificarem os valores e práticas aceitos. Assim como pode-se buscar explorar os paradigmas e práticas marginais que subsistem na própria Ciência, fomentando-os para seu desenvolvimento.⁷³

⁷³ O reconhecimento dessa heterogeneidade dentro da própria biociência é certamente um foco fértil de exploração, e implica uma visão demarcatória flexível como a defendida aqui. Essa exploração não foi concebida como um objetivo deste estudo, por isso não me detenho nela. Minha perspectiva foi mais geral e panorâmica, onde as matizes e heterogeneidades internas às ciências acabam muitas vezes pouco aparentes frente as heterogeneidades ainda maiores entre as ciências e outros saberes e práticas.. Fica registrado esse viés, que pode denotar, para alguns, uma visão de Ciência homogênea, que meus autores de referência recusariam, particularmente Feyerabend.

Basicamente, duas tendências divergentes se apresentam: os conservadores querem manter o padrão científico hegemônico na Biociência em vigor (apesar de advogarem sempre a sua melhoria), confundem a demarcação científica com a demarcação social, querem identificar uma com a outra e querem tornar essa identificação hegemônica e completa. Os mudancistas, como Feyerabend, querem mudar o padrão científico hegemônico e querem separar e diferenciar a demarcação na ciência da demarcação na sociedade.

Sabe-se, todavia, que o grosso da epistemologia do século XX dedicou-se justamente a tornar invisível essa confusão, a tornar total a identificação da demarcação na ciência com a demarcação social, embora a postura ambígua de desresponsabilização e externalização dos modernos sempre permita que eles escapem, faça com que eles nunca sejam “pegos com a mão na massa”.

Sabe-se, também, que a ambição da tradição científica na saúde conseguiu, no Brasil, uma hegemonia ampla que aproxima-se do monopólio. E que a globalização do mundo moderno, muito calcada no uso intensivo e extensivo de tecnologias científicas, reforça e trabalha nessa mesma direção.

Este trabalho, porém, desenvolve-se em direção diversa, considerando que uma boa e inexplorada estratégia de sobrevivência, desenvolvimento, legitimação, melhoria e mesmo expansão da tradição científica em saúde-doença (no que ela tem de melhor) seria não só contribuir para a separação e diferenciação desses dois processos demarcatórios (científico e social) – ao contrário de buscar o monopólio do segundo pelo primeiro – como também ajudar o reconhecimento e qualificação social (e mesmo científica e epistemológica) de possíveis tradições não-científicas em saúde, com seus estilos de pensamento próprios, com suas tecnologias, valores, saberes e práticas específicos. Reconhecer e ajudar na construção de parceiros e parcerias.

Pode parecer ingênua e utópica uma tal direção, mas ela deriva da estratégia descrita por Jullien (1998), já mencionada na introdução. Posso facilitar a compreensão desse ponto fazendo uma analogia da relação biomedicina-sociedade com a relação “curandeiro”-doente, usando um fenômeno comum da clínica. Uma boa forma de ganhar a

confiança, estreitar as relações, ampliar a solidariedade mútua e legitimar o “curandeiro” é esse primar por oferecer o melhor que pode para o doente e, ao mesmo tempo, defender o espaço e a liberdade de opção do paciente, inclusive trabalhando ativamente para sua autonomia, sem cobrar nenhum reconhecimento ou submissão em troca. Quando o doente percebe a dedicação, a solidariedade, a humildade, o trabalho e o interesse do “curandeiro” (voltados para sua cura), o respeito e a confiança do paciente aumentam, ajudando na terapêutica, na aderência e contribuindo para uma boa evolução do adoecimento, da relação entre os dois, da sobrevivência do “curandeiro”.⁷⁴ A estratégia mencionada vai nessa direção. Se a biociência ou a biomedicina podem adotá-la, não posso definir agora. Mas posso fazer a minha parte (uma das razões deste estudo). Um passo nesse sentido está esboçado nestas reflexões e no capítulo 3.

A universalidade e a objetividade.

Universalidade e objetividade: essas palavras são lugar comum da discussão do conhecimento científico. O mito moderno da Ciência (como diz Serres: “O mais belo mito contemporâneo é a idéia de uma ciência depurada de qualquer mito”⁷⁵) almejou monopolizar toda universalidade e toda objetividade, de modo a confundir o conhecimento científico com um conhecimento objetivo e universal.

Por buscar desconectar os saberes de situações específicas locais e culturais, por buscar uma grande dose de valores cognitivos na sua formulação (como adequação empírica, consistência, simplicidade, fecundidade, poder explicativo, etc.), por procurar leis universais que regeriam os fenômenos em qualquer tempo e lugar, por tentar captar aspectos permanentes, essenciais, estruturais e causais dos fenômenos através dessas leis, a Ciência, particularmente a ciência natural, acredita tornar seu saber universal e objetivo, independente de si mesma e de seu coletivo.

⁷⁴ Não há nenhuma garantia de que tudo isso vai ocorrer. Talvez por isso mesmo, se o “curandeiro”, mesmo assim, praticar tais posturas sem nenhuma expectativa de obter “retorno”, a chance de haver final feliz para a relação e para o tratamento só aumenta. É uma aposta que independe do resultado, que no entanto, mostra resultados excepcionais, até onde tenho notícia. Porém, cada vez menos “curandeiros” parecem fazê-la.

⁷⁵ Serres (1996, p.175).

A objetividade e universalidade anunciadas pela Ciência ofereciam promessas e possibilidades quase irresistíveis. A construção de uma cultura nova; a unificação do mundo; a libertação das tradições e crenças prévias; a emancipação do coletivo humano de seus próprios grilhões culturais e das intempéries naturais; a transformação das técnicas no manuseio da natureza, que proveria maior fartura e conforto; a libertação, para alguns otimistas, das mazelas sociais, da fome, da violência, da ignorância e do sofrimento. Na área da saúde, a transformação da medicina era a promessa, com a prevenção e tratamento eficazes das doenças. Quantas maravilhas a um preço cogitado como pequeno, a princípio.

As intenções e promessas iniciais eram nobres e ousadas. E de fato, as transformações foram rápidas e substanciais. Que tentação e que promessa para os que sentiram o poder da crítica, da desconfiança, do teste imaginativo, racional e sistemático de hipóteses; para os que sentiram o poder da intrincada e quase inesgotável possibilidade da razão de se articular, rearticular, criar e se desdobrar sobre o mundo, intervir nele, transformá-lo rapidamente em poucas gerações.

Ao olhar para o mundo contemporâneo, todavia, nenhuma das mazelas ou problemas sociais, culturais, humanos ou tecnológicos foi resolvida. No geral, se a situação melhorou para alguns em alguns lugares, para a maioria há polêmicas em torno dessa avaliação. Para grupos sociais privilegiados, alguns quesitos da promessa foram cumpridos.⁷⁶ Ocorre que o pagamento da promessa parece ter sido a um custo alto, social, ecológico, global.⁷⁷ No fim das contas, o preço parece não ser pequeno, e a possibilidade de cumprimento das promessas iluministas restringem-se progressivamente. Tanto mais

⁷⁶ As classes médias e ricas dos países desenvolvidos podem dizer que não conhecem a fome e talvez o frio. Sua comunicação foi melhorada

⁷⁷ Guerras e destruição em todo o canto, efeito estufa, aumento do nível dos mares, poluição invisível em todos os lugares, poluição nuclear e tóxica cada vez mais abundante, destruição massiva de ecossistemas riquíssimos, florestas e animais, ameaça de colapso ecológico geral. Um preço, quase universal. Para os próprios homens, o preço não foi menor: primeiro, genocídio para os muitos e diferentes que não puderam se submeter e adaptar. Depois, miséria, pobreza e escravidão para a maioria que, desprovida de sua cultura e valores autóctones, de sua dignidade e de sua tecnologia autóctones (de suas agruras e problemas sociais e culturais autóctones), da propriedade de suas terras, transformaram-se em massas desorientadas e violentas, famintas e miseráveis, nos países pobres e em “desenvolvimento”. Dependentes, agora, cada vez mais de se modernizarem, de poderem entrar no chamado mercado de consumo.

restringem-se quanto mais são hipertrofiadas, maquiadas e multiplicadas, agora pela mídia, nas televisões em cada vez mais longínquos rincões.⁷⁸

Na medicina, não necessito repetir o exercício. As promessas cada vez aumentam. O seu cumprimento, paradoxalmente, nem para poucos se vislumbra. Ao menos não em escala análoga ao que se pode dizer da fome e do frio. As doenças se transformam. Algumas desaparecem, muitas são exclusivas dos pobres e atrasados, outras surgiram e aumentam em incidência e prevalência, ameaçando a todos. Em geral, os pobres, a grande maioria das pessoas, preservam a maioria das antigas e padecem das novas doenças.

Essa curta digressão crítica tem o objetivo de reconhecer que a universalidade e a objetividade não são apenas um projeto utópico, um processo em andamento difícil, um engodo maquiavélico, uma quimera artificial, um artifício político, embora sejam tudo isso, algo mais e algo menos. São como uma força a mais nas redes sócio-técnicas das ciências e da modernidade, diria Latour. Um tema, portanto, complexo e difícil de tratar. Passo, portanto, aos nossos autores.

Para Popper e Lakatos, a busca de universalidade é e deve ser característica marcante da Ciência. O pressuposto dessa posição é a desqualificação *a priori* de todos os saberes pré-científicos, até que resistam ao teste da Ciência. Ambos os autores atenuaram a ambição de estabelecimento definitivo da Verdade (universal, objetiva, eterna) pela Ciência, que passa a ser considerada processadora de verdades provisórias, embora superiores a todo o resto.⁷⁹

Para os nossos demais autores, entretanto, tal questão é re-significada através de seus achados histórico-conceituais: mediadas por paradigmas e estilos de pensamento, submersas em tradições, conectadas por e conectantes de redes de práticas, atores, interesses e valores, vinculadas a grupos financiadores e à opinião pública que precisa ser levada em conta, dependentes dos pares de profissão e da difusão, consensuação e disputa dentro do meio acadêmico, as verdades científicas tornam-se semelhantes a muitas outras verdades produzidas lenta e disciplinadamente em locus sociais especializados, exceto pela

⁷⁸ Serres (1996,1994).

⁷⁹ É emblemático o título de uma obra-síntese do próprio Popper: “Conhecimento objetivo” (Popper, 1975).

sua aura de inquestionabilidade externa e pela vinculação com uma rede complexa de práticas sociais (particularmente econômicas, políticas e militares, mas também culturais) de dimensão quase global.

É verdade que a testagem e a preocupação com o diminuição do engano e da ilusão são presentes na ciência. Isto é, a ciência busca uma objetividade e universalidade, ao seu modo, de forma controlada. Contudo, a rigor, essa busca nada diz de modos de produção de saber diversos. O fato de outras tradições não ambicionarem o monopólio sobre isso (objetividade e universalidade) não significa que deixaram de prestar atenção a esses aspectos.

Talvez o controle como valor, subjacente às pretensões de universalidade e objetividade, jamais tenha sido absolutizado e elevado tão acima de outros valores como na ciência e no mundo moderno⁸⁰; mas resta avaliar que possibilidades práticas e tecnológicas em saúde ligadas aos valores excluídos foram ou estão sendo eliminadas nesse processo.⁸¹

Para Maturana, a realidade é um multiverso, e o recurso à objetividade para cessar a polêmica só tem sentido como um recurso político. Latour e Feyerabend concordam.

⁸⁰ Cf. Lacey (1998).

⁸¹ Alguns autores já fizeram tal análise em algumas áreas do conhecimento científico aplicado, como por exemplo na agricultura. O resultados são instigantes. Segundo Lacey (1998, p.154-5): o progresso da aplicação de tecnologias científicas em certas partes do mundo excluiu (praticamente) outras possibilidades e conhecimentos agronômicos com virtudes relevantes: “Práticas que são ecologicamente adequadas (mantendo o solo fértil por milênios, controlando pragas por meio de arranjos e combinações de culturas, etc), processos de seleção que geraram um repositório genético ricamente diversificado e modos de organização em harmonia com os processos naturais. Este conhecimento trata de preservar e recorrer aos processos e padrões da natureza, de restaurar os ciclos da natureza e trabalhar em sociedade com processos naturais, e com equilíbrios sutis no interior das plantas (e animais) com as condições físicas, locais, com outros organismos biológicos e com o povo e sua organização social”. Parece-me que na biomedicina não se dispõe de mínimo espaço para levantar a discussão, quanto mais fazer um balanço análogo. Na agricultura, com dificuldades e de forma bem minoritária, pode-se falar em resgate e cooperação dos conhecimentos tradicionais com os científicos, para a construção de uma agroecologia. A própria ciência agronômica admite dentro de si o estudo e desenvolvimento de saberes e tecnologias ecológicos, “orgânicos”. Teremos nós, na biociência, a chance de falar na construção de uma ecomedicina, de uma medicina natural? Cabe-nos viabilizá-la.

Fleck diria que a universalidade é possível intracoletivamente, dentro de um estilo de pensamento, ou seja, paradoxalmente, é regional. O mesmo valendo para a objetividade. Basta lembrar a inexorabilidade da relação dos fatos com os estilos de pensamento: a objetividade é possível para os participantes de um estilo, e somente dentro dele pode ter eficácia como tal. A objetividade será relativa aos componentes sócio-culturais, aos valores, às aspirações e às práticas do coletivo de pensamento respectivo.

A universalidade, com efeito, pode ser vista como consequência natural da pretensão de objetividade. Se algo é puramente objetivo, verdadeiro e independente de quem o enuncia, refletindo perfeitamente (ou o mais perfeitamente possível, progressivamente) a realidade, daí decorreria que tal saber é universal e vale em todo o lugar, para todos os coletivos. Tal verdade suprime toda discussão, exige submissão. Que poder daí pode nascer!. Que mecanismo político impressionante!, exclamaria Foucault. Se controlo ou dirijo o modo de produção das verdades objetivas e universais, domino todo o mundo como se não dominasse, sem disputa, sem guerra, sem violência cruenta. Controlo todas as práticas indiretamente, pois sem verdades, saberes, teorias e mitos, as práticas e as técnicas não podem subsistir. Estas sempre estão organizadas em torno daquelas.

As idéias fleckianas facilitam a compreensão dos mecanismos políticos envolvidos na pretensão de objetividade do conhecimento ao ressaltar e explicitar justamente a existência daquilo que a pretensão de objetividade busca esconder, apagar, negar: a vinculação do conhecimento com as pessoas, os grupos, as sociedades, as culturas. Isso vale também para a idéia de paradigma de Kuhn, assim como para a perspectiva de ver a ciência como tradição, de Feyerabend.

Latour e seu grupo, recusando a discussão das idéias gerais, das teorias e suas universalidades, investigaram a prática. A prática científica envolve a tessitura de redes sociais, de práticas, de poderes (políticos e econômicos), de propaganda e relações públicas, de padronização de procedimentos, todos enfeixados por idéias, argumentos, métodos, técnicas, crenças e símbolos. Na prática, embora a padronização das técnicas seja meticulosa, as pessoas envolvidas com ciência agem como todas as outras. Isto é, a

universalidade da ciência só subsiste em rede, como qualquer outra⁸². Ela, dessa forma, perde seu caráter misterioso. Se todos fizerem do mesmo jeito, de modo obsessivamente padronizado e controlado, resultados semelhantes serão obtidos. Se isso, de um certo ponto de vista político-econômico, funciona bem para a transformação dos materiais ditos “naturais” em escala industrial, ao ser associado com a força militar e econômica ocidental, que exportou a rede sócio-científica para o mundo, gerou resultados sociais, étnicos, ecológicos e culturais que deram no que deram, no que não me estenderei aqui.⁸³

Talvez a interpretação política e não-moderna desse tema tenha mais poder interpretativo do que suspeitam os acadêmicos. Ou, melhor dizendo, eles até consideram tal interpretação. O problema relevante aí envolvido, parece-me, é que ninguém quase quer deixar de ser moderno.

A universalidade e a objetividade na pesquisa e no ensino em saúde.

Do ponto de vista de Popper e Lakatos, tudo anda bem na pesquisa e no ensino biomédicos: a objetividade e a universalidade progridem a passos largos. Nesse sentido, a legitimidade da testagem empírica *standardizada* via ensaios clínicos controlados - fundamentada na estatística (epidemiologia) - e a sofisticação progressiva da biologia molecular e da engenharia genética, com suas múltiplas possibilidades, são alguns dos pilares da pesquisa biomédica e da presença dessas características (objetividade e universalidade) nesse saber.

Conforme os demais autores, no entanto, outras considerações diferentes merecem destaque.

⁸² A analogia com as redes é uma feliz inspiração do grupo de Latour, uma vez que uma rede de fios bem finos e bem entrelaçados, inclusive com malhas grandes, pode, sendo na verdade leve e pequena, abranger e capturar um grande volume, uma grande coisa, um grande mundo, adquirindo muito poder, mas seus fios devem ser muito fortes e fortemente ligados. A rede sócio-técnica da ciência e suas ligações com a rede econômica e política parecem ter justamente este caráter, tanto materialmente quanto simbolicamente. Fala-se em universalidade da biomedicina, mas a maior parte de seus produtos só tem eficácia e efetividade dentro de um ambiente da própria rede. Assim, a extrapolação do termo universalidade para fora da rede cultural, social e técnica da biociência pressupõe como projeto a homogeneização do mundo pela cultura ocidental liberal capitalista. Isso, pode não ser viável e nem ser desejável. Mas o projeto está mantido.

⁸³ Extensa literatura, de várias disciplinas, a esse respeito, está citada em Demo (1997) e Feyerabend (1991). Eximo-me aqui de especificá-la.

Assumindo a concepção de Fleck e supondo que a diversidade sobreviva na saúde por algum tempo, pode-se conceber uma universalidade geral apenas em termos de uma hipótese de serem reconhecidos elementos ou estruturas comuns a vários estilos de pensamentos e suas respectivas práticas. Isso pressupõe o desenvolvimento de uma epistemologia comparada, projeto apenas embrionário, para o qual este estudo almeja contribuir (com as reflexões do capítulo 3). Novos horizontes de pesquisa histórica, epistemológica e clínica são abertos pela conceituação fleckiana, e parece-me que envolveriam metodologias qualitativas tanto quanto quantitativas, talvez com um certo predomínio das primeiras. Nesse particular, alguns epistemólogos e filósofos já anteciparam essa mudança, como por exemplo Santos (1982) e Serres (1996). Como nessa área tudo ainda está por fazer, é difícil concluir algo.

Ainda pensando com Fleck, Kuhn e Feyerabend, a discussão da objetividade na pesquisa em saúde fica relativizada, por um lado, pois dependente dos paradigmas, estilos ou tradições a que se refere. Por outro lado, esse relativismo é atenuado de forma relevante pela presença de um terceiro elemento na produção e aplicação do saber: os doentes.

Se, no paradigma biomecânico, as complexidades advindas do objeto ser também sujeito é um problema eterno⁸⁴, na nova epistemologia não-moderna, relativista, apenas anunciada, esse fato é a âncora que permite um certo resgate ou reconstrução da objetividade, uma luz a iluminar as cegueiras estilísticas e paradigmáticas. A presença de um sujeito que julga, testemunha, avalia, de certa forma interessado positivamente na cura e independente relativamente das concepções do “curandeiro” (em parte⁸⁵), pode ser um instrumento valioso e sem precedentes, uma unidade de referência fundamental na operacionalização da pesquisa, da clínica e do ensino em saúde. Mais que um dever ético e a razão de ser das medicinas e dos “curandeiros” vários, os doentes passariam a ser unidades e atores centrais numa nova perspectiva epistemológica de pesquisa (e de clínica), com conseqüências metodológicas cruciais para a geração e aplicação do saber.

⁸⁴ Daí a anedota biomédica que diz que a medicina seria ótima e altamente eficaz, não fossem os doentes.

⁸⁵ Essa diferença sempre subsiste ao menos como diferença de posição nos círculos sócio-cognitivos dos coletivos de pensamento, e isso já é relevante. Mas também é realçada pela posição crítica de ser doente, com a liberdade e a vitalidade em crise. O compromisso com determinado estilo de pensamento, quando se é doente e exotérico nesse estilo, é também diminuído pelo pertencimento simultâneo e quase generalizado do paciente a outros estilos diferentes, não necessariamente em saúde-doença.

Se algo pode ser bom objeto para permitir uma comparabilidade geral, uma universalidade do saber, um diálogo que transcenda os paradigmas, as culturas e as regiões do mundo, em termos de saúde-doença, esse algo seria construído em torno dos sujeitos enquanto unidade histórica, enquanto evolução clínica global.

As unidades de análise que permitiriam uma universalidade e uma comparabilidade parcial em saúde-doença não poderiam se descolar das evoluções individuais, ou ainda melhor, nunca poderiam se descolar tanto e a tal ponto que subsistissem independentemente delas e não precisassem mais a elas serem remetidas. Ora, a cientificização positivista da medicina permitiu justamente essa subsistência, essa autonomia, essa não referência à história individual global de adoecimento. As doenças e suas evoluções foram entificadas e ontologizadas, ganharam vida própria, na pesquisa, na clínica e na saúde coletiva. Não precisam, como de fato ocorre, serem remetidas a histórias e existências individuais e ou sociais.

Isso pode permitir mudanças profundas na metodologia de pesquisa em saúde. O esquarteramento⁸⁶ do ser humano que o paradigma biomecânico permitiu e induziu, ao ser transposto para a metodologia de pesquisa e depois para a clínica, rompeu com a unidade individual do sujeito em evolução. Esse descolamento está implicado em dilemas éticos e sociais de aplicação do saber biomédico e passou a orientar os praticantes dessa medicina na direção de considerarem as doenças como as unidades de referência centrais.⁸⁷

Não há dúvida de que esse fenômeno não é restrito à metodologia biomédica ou determinado por ela. Ele envolve outras dimensões sócio-culturais e econômicas. A questão é que o processo é também metodológico e epistemológico. Exemplifico.

Um paciente cuja queixa principal é uma dor epigástrica é reduzido paradigmaticamente, na biomedicina, a uma síndrome dispéptica que demanda uma endoscopia para investigação e objetivação diagnóstica. Estando a doença localizada e

⁸⁶ Uso o termo “esquarteramento” no lugar do clássico “fragmentação” por dois motivos: primeiro porque a analogia ou metáfora envolvida no primeiro deixa claro que o processo não tem volta, é irreversível, destruidor; . segundo, para realçar o fato ético aí implicado. Se “fragmentação” soa neutro e técnico, sem conotação ética, “esquarteramento” deixa claro que o processo é implicado eticamente.

⁸⁷ Luz (1993, 1996); Camargo Jr. (1992d).

objetivada, o sujeito sai de cena. Se a endoscopia não mostra nada, o caso é “funcional”, e tratemos com os quimioterápicos de praxe e as orientações cabíveis. Nesta circunstância, se a dor melhora, caso encerrado (a ser reproduzido se a dor retornar futuramente). Se a dor não melhora e resiste às poucas variações terapêuticas biomédicas, o sujeito passará a ser o problema, e o caso pode ser passado à saúde mental. Se a endoscopia está alterada, medica-se e a evolução será dada pela endoscopia. Se sua dor não muda acompanhando a endoscopia, de novo passemos à saúde mental do doente. Se a dor e a endoscopia mudam, melhoram, mas outra doença ou sintoma aparece, em outro aparelho ou sistema orgânico, tudo será recomeçado e não haverá ligação entre a dor epigástrica e a nova doença. O que quero dizer é que a universalidade de que fala a biomedicina é uma padronização de sintomas e doenças catalogada pela CID (Classificação Internacional das Doenças), cuja função contábil, acadêmica e clínica é notória. As doenças ali catalogadas cobrem quase tudo o que pode ser descrito como sintoma, mas ajudam relativamente pouco para uma síntese individual a respeito do processo saúde-doença do doente ao longo do tempo, se é que não dificultam esse processo.

Um paciente que melhora de suas cólicas biliares após uma colecistectomia e, pouco tempo depois, reaparece com hipertensão ou artralgias será considerado um caso novo, suas doenças serão tratadas separadamente, sem relação com a vesícula biliar ausente. A vesícula ausente, nos termos do paradigma biomédicos, nada tem a ver com a hipertensão ou reumatismos. A unidade individual foi rompida. O saber e a ação giram em torno das doenças localizadas. A recomposição posterior, sempre atribuída ao lado artístico da biomedicina, fica precária, sem nexos permitidos pelo saber, uma tarefa hercúlea que o saber, ao invés de ajudar, parece que dificulta: o corpo-máquina reconstruído tem pouca semelhança com o corpo vivo que vive uma vida cada vez mais conflituosa (como parece ser a vida moderna). Em outras palavras, o esquartejamento e a recomposição posterior são operações assimétricas. O esquartejamento parece ser, como o termo expressa, uma operação irreversível desse estilo de pensamento.

De todo modo, a universalidade e a objetividade serão garantidas pelo paradigma e estarão asseguradas para seus adeptos, mas apenas internamente. Se outros paradigmas interpretam os problemas de forma diferente, isso significa que a

universalidade é regional, não universal. “Curandeiros” pertencentes a outros estilos de pensamento verão outras coisas no mesmo fenômeno, classificarão, interpretarão e agirão de forma distinta. Uma universalidade “trans-estilística” ou “trans-paradigmática” só poderia ser construída por referência ao fenômeno “cru”, permitido pela história e pela evolução global do indivíduo. Daí estar ele em posição central.

Essa nova universalidade, possivelmente, nem sempre será viável, ou será difícil, quando os estilos de pensamento forem dificilmente comensuráveis. Um exemplo destas dificuldades está no Apêndice 1, onde um caso clínico é discutido a partir de dois estilos de pensamento distintos. A comensurabilidade pode exigir um trabalho e uma mediação difíceis - mas, na prática, no mundo da vida, esse relacionamento dá-se, em geral, de forma harmônica nos doentes. Os “curandeiros” de estilos diferentes é que viveriam a dificuldade da incomensurabilidade.

A construção de novas bases cognitivas e éticas para enfrentar esse tipo de problema é um desafio para a biomedicina. Implicará, provavelmente, em reorganização metodológica relevante e, dadas as implicações para o complexo médico-industrial atual, de longo prazo. Implicará, com efeito, em um luto pela relativização da universalidade permitida pela CID e pelos ensaios clínicos controlados, desenhados em torno de parâmetros rígidos atinentes à objetivação das doenças ou sintomas.

Talvez isso signifique uma reviravolta, um período de retorno aos regionalismos culturais. Em outros termos, os “curandeiros” e “cientistas-”curandeiros” teriam que repactuar com seus doentes e concidadãos parâmetros comuns para avaliação das terapêuticas, reconstruindo autonomia, responsabilidade e confiança mútuas nesse processo, bem como, e principalmente, co-responsabilização sobre ele.

Por outro lado, tal mediação trans-estilística talvez seja facilitada pela focalização em tradições de cura bem constituídas, estruturadas e antigas, que sobrevivem.

Retornando aos nossos autores, essa pequena “viagem” acima significa uma possibilidade de reconstruir novas redes de práticas sociais em saúde-doença, particularmente em pesquisa, não restritas pelos ideais modernos e iluministas. Como

propõe Latour, sem destruir ou rejeitar por inteiro a modernidade na saúde e seu sonho de universalidade, poderíamos nos tornar não-modernos (o que sempre fomos), aproveitando das coisas boas que os modernos, os pré-modernos e os pós-modernos nos oferecem. Poderíamos reorganizar as pesquisas e o ensino em torno de histórias e evoluções clínicas individuais, em torno dos fenômenos “crus” dos adoecimentos, sem desprezar os reduzidos, relacionando-os sempre que possível. Eis aí uma revolução copernicana na biomedicina apenas anunciada: fazer as doenças orbitarem em torno dos doentes, e não vice-versa, como ocorre hoje nessa medicina.

A universalidade e a objetividade na clínica

Para os partidários de ideais positivistas, a universalidade e a objetividade da clínica biomédica vão bem, através da CID e em torno da concepção ontológico-localista e mecânico-causal das doenças. Seus únicos problemas seriam a insuficiência de conhecimento e de tecnologia de controle dos mecanismos bioquímicos do corpo e da mente, o que deveria ser progressivamente sanado com o avanço da biologia molecular, da genética, etc. Enquanto isso não ocorre, os terapeutas ainda terão que preservar e desenvolver a arte de interpretar, manusear e intervir em mecanismos outros, subjetivos, simbólicos, psicológicos e culturais dos doentes. O progresso da MBE seria uma mecanismo poderoso e fundamental para a universalização e objetivação da prática clínica, e muitas das mazelas da clínica se deveriam a sua não utilização.

Outras clínicas, de outros “curandeiros” não-científicos, por essa perspectiva, são um resto insignificante, remanescente de culturas pré-modernas que progressivamente serão incorporadas, com as devidas purificações teóricas (e coerentes adaptações corporativas, industriais e mercadológicas) à clínica científica.

As consequências para a clínica das idéias de nossos autores pós-positivistas, em relação à universalidade e à objetividade, fazem ressurgir como questão central o que antes era um resíduo incômodo. Sendo eminentemente local, a clínica, na sua prática “curandeirística”, pode se ligar às realidades culturais, sociais e simbólicas dos doentes.

Os “curandeiros”, como ocorre em todos os lugares, se sustentam da necessidade de ajuda para os cuidados em saúde das pessoas e também de tradições especializadas neste labor, que produzem especialistas sociais em saúde-doença, habilitados para este cuidado.⁸⁸ Essas tradições, muitas vezes antigas, outras nem tanto, estão em transformação rápida devido à aceleração do contato étnico e cultural permitido (imposto) pela rede “econômico-midiática” da modernidade. E estão sob ameaça e pressão de extermínio ou incorporação pela corporação biomédica.

Curiosamente, deste ponto de vista, os “curandeiros” mais frágeis, embora em maior número e mais poderosos, talvez sejam os biomédicos. Uma das razões para isso pode ser justamente o fato deles portarem um imaginário que, subliminarmente, na prática, prescinde do compartilhamento simbólico com os doentes no “varejo”; prescinde da confiança dos pacientes nos “curandeiros” pessoalmente⁸⁹ e ao longo do tempo; e prescinde da tradição de sua própria extirpe - que se diz não tradicional, pouco acumulando experiência derivada da prática cotidiana. No geral, pouco vinculados com sua clientela, os biomédicos sentem-se o tempo todo acuados e buscam apoio em instâncias transcendentais de muito poder e apelo simbólico, mitológico e político: a verdade, a Ciência, seu poder diagnóstico, de intervenção e seus progressos, no “atacado”. Colocaram-se, historicamente, na defensiva. Por reação, estão permanentemente na ofensiva, contra “curandeiros” de toda ordem, muitas vezes sem os conhecer.

⁸⁸ Não menciono aqui os “curandeiros” que já nascem prontos, que teriam o “dom” e a capacidade de curar sem necessidade de aprendizado em uma tradição. Este caso não é a regra, mas seria inclusive interessante como contra-exemplo a ser estudado e explorado.

⁸⁹ Note-se que a confiança dos doentes nos médicos é muito mais uma confiança na medicina e nas maravilhas da ciência, no atacado, do que nos médicos individualmente, no varejo. Sua prática pretende-se tão homogênea, e talvez de fato o seja, que por muito tempo as instituições de saúde e a academia, esta até hoje, consideram basicamente irrelevante o contato continuado, a co-responsabilidade mútua, o conhecimento mútuo continuado entre doentes e médicos ao longo dos anos. Apenas recentemente, no Brasil, estratégias como o Saúde da Família, e alguns autores, como Campos (2000, 2003), Tesser (1999); Cunha (2003), Kloetzel (1980, 1999), buscam resgatar o antigo vínculo continuado entre “curandeiro” e doentes, explorando suas conseqüências para a prática clínica. Vale ressaltar que a biomedicina enquanto instituição produtora de conhecimento e enquanto tradição médica abandonou a perspectiva longitudinal do contato como doente, ao privilegiar o hospital como local de contato com ele, historicamente. Logo, privou-se de antigas, sábias e duradouras lições que esse contato permitia.

Voltando à clínica, cotidiana, compartilhada com os doentes, local, mergulhada em tradições (dos doentes e dos “curandeiros”), ela fica revalorizada epistemologicamente pela perspectiva dos demais autores estudados. Justamente por estar ligada aos coletivos, pode transformar-se junto com eles, construir-se e legitimar-se localmente e culturalmente, ela poderia ser o pivô da reconstrução de uma universalidade simultaneamente mais abstrata e mais concreta, ligada à cura das pessoas e às práticas de tratamento.

Como diz Almeida (1996), a terapêutica é o filão de ouro da atividade em saúde-doença e sustenta-se por si própria. Mereceria, assim, toda uma revalorização e priorização nos seus aspectos práticos, particularmente na clínica biomédica, dado que ela está presa à obsessão pela objetivação diagnóstica de todos os incômodos e queixas, à ontologização das doenças via grade nosológica e à padronização terapêutica industrializada ou cientificizada.

Sem deixar de levar em conta o poder real (tecnológico, cultural e social) que a biociência detém, sem sermos ingênuos, poderíamos, a partir dos autores estudados, começar a construir uma rede de universalidades relativas, ligadas aos coletivos de doentes, explorando outras fontes de legitimidades e reconstruindo a noção de objetividade.

Uma outra vertente de contribuição nesse sentido seria a participação dos doentes na construção dos critérios de objetividade das práticas em saúde, que já mencionei.⁹⁰ A biociência parece ter subvalorizado os doentes nesse aspecto, talvez por preconceito, centralização de poder e influência da metodologia científica. Os doentes seriam influenciáveis, teriam sido enganados por “curandeiros” charlatões por muito tempo. Além disso, a metodologia científica na saúde os coloca como objetos e não como sujeitos, reservando aos cientistas as avaliações e competências próprias de sujeitos. Em todo caso, a biociência pouco explorou a palavra dos doentes na constituição do veredicto sobre a verdade e a objetividade, ela mesma estabelece esses veredictos.

⁹⁰ É claro que os doentes são ouvidos nos ensaios clínicos controlados. Mas sua palavra aparece em caselas pré-determinadas pelos pesquisadores como um dado a mais nas tabelas, que serão analisadas pelos próprios pesquisadores, via de regra, versando sobre pontos muito específicos que pouco dizem respeito à evolução global do indivíduo (raramente fazem referência à evolução geral do doente).

Mas pode-se objetar que os doentes são interessados na objetividade. Via de regra, eles não querem ser enganados. O resgate da contribuição dos doentes poderia se dar eminentemente na clínica mas também na pesquisa, desde que se construa metodologia adaptada a tal fim. Isso poderia contribuir para a diminuição das cegueiras estilísticas, a diminuição da distância entre o adoecimento “reduzido” e o adoecimento “vivido”, a diminuição do engano e das ilusões a que todos, doentes e “curandeiros”, estão sujeitos.

Restarão, sempre, ignorâncias, crenças, ilusões, erros e enganos. Ocorre que a administração deles, de suas conseqüências e do aprendizado daí decorrente, dar-se-ia de forma mais produtiva se compartilhado com os doentes.⁹¹ Assumir com humildade, solidariedade e co-responsabilidade esses riscos com os doentes e aprender com eles seria um bom caminho. E não parece ser o caminho que a biociência tem seguido, apesar do discurso do consentimento esclarecido e da bioética. Assumindo unilateralmente os riscos de promessas ambiciosas, considerando-se a heroína da verdade e da objetividade, a biomedicina construiu e destruiu, mas manteve-se relativamente ao largo da opinião dos doentes no “varejo”.

Diria Habermas (1989) que ela deslocou a maior parte de seu peso e sua legitimidade para o mundo dos sistemas, descuidando-se de se legitimar no mundo da vida e de se enriquecer com a força provinda dele. Aliás, legitimando-se apenas via medicalização social, via encantamento com o poder sintomático dos quimioterápicos (nas situações sem urgência) e via eficácia na situações de grande urgência. Colhe, hoje, os frutos desse desligamento relativo, vivendo as crises que vive, relativamente incapaz de responder às reivindicações generalizadas de resgate do caráter “curandeirístico” para o grosso de sua atividade. Quanto mais dessas reivindicações aparecem, mais se faz propaganda das maravilhas da biociência na sua versão mais dura e biomecânica, como agora a partir da genética.

⁹¹ Cf. versão mais geral de Feyerabend (1982, 1991), a respeito da relação entre especialistas e pessoas comuns.

A universalidade e a objetividade na saúde coletiva.

Na saúde coletiva, o tema da universalidade é espinhoso. Ele pode ser confundido com a busca da universalidade de acesso aos serviços de atenção à saúde e, ainda, com a universalidade de acesso à medicina científica.

Para iniciar a reflexão, detenho-me numa construção teórico-metodológica que fornece o caráter universal (e científico) à própria biomedicina, e que, para muitos, é um carro chefe da saúde coletiva: a epidemiologia. O estudo da epidemiologia seria a doença no coletivo e sua distribuição. Uma linha importante de intervenção da saúde coletiva seria, nessa perspectiva, sobre as doenças no coletivo.⁹² Objeto universal, por definição.

Porém, como disse Fleck, universal dentro do estilo de pensamento biomédico, universal dentro da rede padronizada que usa a CID e os tratamentos médicos (profiláticos e curativos) em vigor na Ciência. Entretanto, como os intelectuais, políticos e técnicos da saúde coletiva, na sua faceta SUS, são formados na biociência, a universalidade pretendida se reduziu à tradição biomédica. Talvez devido a herança marxista já comentada, a área ficou um tanto impregnada daquela versão otimista e positivista do marxismo que pensava que a ciência, se bem aplicada em prol da comunidade humana (num contexto socialista, por exemplo), permitiria a explicação, a prevenção e o tratamento de todos os adoecimentos.

Hoje, dificultada essa dicotomia de contextos (capitalismo x socialismo), revela-se, com Latour, aquilo que nunca deixou de existir: a medicina, como todas as práticas, técnicas e saberes, liga-se em redes complexas com a organização social e os símbolos coletivos, o complexo médico-industrial, o mercado e os mitos da modernidade, característicos do imaginário hegemônico na sociedade moderna.

A universalidade na saúde coletiva, para os clássicos epistemólogos (a exemplo de Popper e Lakatos), estaria garantida de antemão e apenas necessitaria mais ciência epidemiológica e clínica, mais tecnocracia, mais desenvolvimentos do paradigma biomecânico para melhorar, prevenir e sanar os males coletivos e individuais.

⁹² Schraiber (1990).

Ora, nossos demais autores, ao contrário, permitem apenas esboçar um projeto, por certo longínquo e incerto, de uma “verdadeira” universalidade para o saber/prática da saúde coletiva. Digo “verdadeira” querendo enfatizar alguns atributos de legitimação que na situação atual são precários: contato com a realidade simbólica e existencial dos doentes, democratização das decisões para além de âmbitos especializados institucionais, nos quais burocratas acadêmicos resolvem questões de alto interesse coletivo. Digo “verdadeira”, também, para enfatizar a dificuldade de desviar o enfoque atual de legitimação da universalidade que considera que algo, sendo científico, é universal. Pelos nossos demais autores, poderia ser universal algo abstrato relativo a todos os coletivos, o que as doenças da CID seriam na versão biomédica. Haveriam outras classificações abstratas potencialmente “universalizáveis”? Não o sabemos. Não dispomos de estudos de medicina ou outras minimamente desenvolvidos, com enfoque em saúde pública, para vislumbrar essa resposta. Seria necessária uma tal classificação? Difícil responder. Do ponto de vista moderno e de sua ambição de totalização, que pensa a comparabilidade universal e o manejo central, parece que sim. Todavia, se descobrirmos que jamais fomos modernos, talvez prescindíssemos de controle centralizado, e a comparabilidade seria reconstruída. Ou talvez não precisássemos estabelecer isso *a priori*.

Ao mesmo tempo, poderia ser universal algo que fosse considerado universal pelo coletivo de participantes de uma determinada tradição, ou pelo coletivo de um certo estilo de pensamento, ou, ainda, por determinada comunidade. As doenças da CID o são para os biomédicos e seus pacientes mais adeptos. Mas possivelmente façam pouco sentido para outros coletivos ou para problemas específicos considerados relevantes.

Pode-se considerar que as instâncias e mecanismos de universalização social modernos são constituídos, em grande parte, à força. A uniformização da saúde coletiva via medicina científica é um potente homogeneizador social da saúde, mas é relativamente precária em legitimidade social (sob certos aspectos, atualmente, em outros a situação é inversa). Consegue funcionar às custas de poder centralizado, de regras férreas decididas alhures. Aliás, como, em parte, já é a sociedade globalizada. (A vigilância epidemiológica é um exemplo típico. É difícil conceber uma democratização na sua área, uma relativização, democratização e legitimação social de suas regras, condutas e protocolos).

Não é demais registrar a atualidade da crítica de Marx, que talvez tenha sido o intelectual mais enfático em diagnosticar a violência constitutiva da modernidade, a ponto de suas idéias gerarem um imaginário de que é a “luta” ou o conflito social o motor da história humana. A preponderância das relações de força bruta, em parte, estão, agora, oficializadas juridicamente e socialmente. Tal é a sua universalidade com a globalização, que quase não conseguimos pensar as sociedades sem ela.

Isso realça o que Feyerabend já disse: a objetividade e a universalidade científicas são um mito e, ao mesmo tempo, envolvem forças poderosas. Outros mitos ainda restam. Várias tradições persistem imbricadas e enoveladas em transformação rápida. A saúde coletiva, pensada a partir desse autor, poderia assumir a pluralidade dos coletivos, mitos e tradições presentes na sociedade (brasileira) e desvincular-se, relativamente, do monopólio científico.

Ou seja, não desvincular-se da biociência, mas vincular-se a ela do mesmo modo que a uma outra tradição em saúde-doença qualquer, considerados seu poder, responsabilidade, escala e extensão já instituídos.⁹³ Subsidiá-la, mas também outras. Ouvi-la e ouvir outros especialistas em saúde-doença, conforme o caso, conforme as comunidades envolvidas, conforme os interesses, os problemas, os valores em jogo.

Feyerabend propõe a democracia como prática de mediação entre as tradições: a eterna polêmica, a provisória distribuição de fomentos, o acordo provisório e pragmático a respeito dos tratamentos de saúde que as pessoas querem. Essa proposta, na saúde, implica o reconhecimento e a responsabilização progressiva de outros atores sociais e “epistemológicos”. Contudo, esses outros atores, hoje, praticamente não existem ou são muito irrelevantes, pode-se rebater.

Essa ausência é uma limitação real. Entretanto, os conselheiros municipais e locais de saúde do SUS no Brasil eram também inexistentes até algumas poucas décadas. E estão aí, a desempenhar relevante papel em muitos lugares, alavancando o SUS. Logo, pode

⁹³ Sempre se trata uma instituição ou alguém muito poderoso com mais deferência, cuidado, cautela. Se ela arca com responsabilidades grandes, tanto mais deferência, cuidado e respeito. Sabe-se o porquê. Com a biomedicina, não precisaria ser diferente. Seu poder, sua escala, sua rede são incomparáveis no Brasil com qualquer outra tradição de cura ou medicina. É importante. Deve ser considerada, com cuidado e cautela, talvez consuma a maior parte da atenção. Mas não há porque ela monopolizar a saúde coletiva.

ser uma estratégia fértil construir parceiros sociais que ajudem a sustentar projetos democráticos em saúde, tecnologias de prevenção e cura orientadas por valores solidários e saudáveis, científicos ou não. Isso talvez possa ser estendido para os “curandeiros” sociais não-científicos e suas tradições.

Todavia, os intelectuais, sanitaristas, cientistas e biomédicos comumente deixam transparecer uma aversão às outras tradições em saúde-doença e aos seus representantes. Por ora, apenas atávicos preconceitos e arraigadas disputas de poder no campo da saúde parecem explicar isso, além da arrogância epistemológica típica das ciências.

A universalização na saúde coletiva, conforme a perspectiva dos autores da nova epistemologia, está para ser construída. Isso poderia envolver uma estratégia semelhante ao que os militantes da reforma sanitária fizeram em relação aos conselhos municipais de saúde: investir em fóruns, idéias, valores e pessoas que não são somente os instituídos ou acadêmicos, criar esses fóruns, preparar as pessoas e grupos, reconhecer e fomentar sua legitimidade, contribuir para a construção de sua responsabilidade.

A saúde coletiva poderia fazer ainda mais: investir em sabedorias, práticas e saberes que a sua própria tradição (científica), no geral, combate, condena, desqualifica. Isso como estratégia de fortalecimento e democratização. Desnecessário comentar a dificuldade desse projeto.

A capacidade de relativização dos mitos de objetividade e universalidade (na versão clássica) da biociência parece ser condição necessária para se avançar nesse sentido. Não suficiente, sem dúvida, mas necessária. Abandonar a atávica luta imperialista da razão, que Feyerabend tanto condenou⁹⁴, pode trazer à tona uma solidariedade quase soterrada hoje, uma legitimação social mais orgânica e democrática, uma autoridade mais flexível e mais responsável.⁹⁵

⁹⁴ Em especial no “Adeus à Razão” (1991).

⁹⁵ Os raros momentos, oportunidades e processos em que parcerias desse tipo se estabelecem corroboram essa afirmação. Infelizmente, por ora, só posso dar o meu testemunho como um participante de alguns desses raros momentos, em geral de pequena dimensão, locais. Suspeito que eles até ocorrem mais do que se desconfia, meio clandestinamente. Legitimar sua existência, estimular sua construção e discutir os pressupostos epistemológicos que subjazem a eles é uma tarefa na qual este texto se insere.

A saúde coletiva, na sua face SUS, através de seus valores democráticos e universalistas do ponto de vista social, através de suas inovações políticas (conselhos de saúde), através de suas diretrizes de reconhecimento, respeito e incorporação de medicinas tradicionais e alternativas e complementares, já está se movendo na direção aqui pontada. Parece ser pioneiro, embora seu desenvolvimento seja lento particularmente na democratização epistemológica – o que, com efeito, é compreensível. A saúde coletiva na sua face acadêmica poderia seguir-lhe o exemplo.

A metodologia

Falar de metodologia em epistemologia ou na saúde, exigiria uma tese. Como aqui o que pretendo é apenas refletir sobre os desdobramentos das idéias dos autores sobre os três ambientes de práticas sociais eleitos, restringir-me-ei a considerações gerais e sucintas.

Sabe-se do lugar central projetado pelos poperianos, pré-poperianos e seus seguidores (quase todos os cientistas e filósofos da ciência) para a metodologia na construção do conhecimento científico. O que a lógica foi para o raciocínio e a razão, a metodologia foi para a operação de inquirição do mundo, da natureza, da realidade, ao menos na versão moderna. Braço armado, pelotão de combate, exército poderoso conquistador do mundo, revelador dos mistérios, causas e estruturas, deflorador dos segredos da intimidade da natureza, na versão baconiana.

Um método seria um procedimento regular, explícito e reproduzível a fim de se obter algo, seja material seja conceitual. A idéia de um método geral é relativamente nova e parece ter surgido entre os gregos, mas se consolidou e popularizou no ocidente em meados do século XVII, com o nascimento da ciência moderna. Bacon e Descartes foram pensadores de grande porte nessa fase.⁹⁶

Para Bacon, o método científico seria um conjunto de regras para observar fenômenos e inferir conclusões a partir das observações. Já Descartes não acreditava na indução, e sim na análise e na dedução. Menosprezava experiência. Para ele, devia-se partir de princípios supremos, de natureza metafísica (e mesmo teológica), evidentes por si

⁹⁶ Cf. Bunge (s/d).

mesmos e inquestionáveis, e deles obter verdades matemáticas e verdades acerca da natureza e do homem. A par dessas influentes idéias filosóficas, a ciência natural nasce com Galileu, que não se conforma com a observação pura nem com a conjectura dedutiva. Galileu propõe hipóteses e as põe em prova experimental, iniciando a primeira fase da ciência moderna.⁹⁷

Essas provas tornaram-se cada vez mais complexas e as teorias idem. Hoje os cientistas ficaram mais intolerantes com os dados, corrigindo e controlando a experiência, adotando controle estatístico dos mesmos; e mais tolerantes com as teorias, pois elas ficaram cada vez mais difíceis de serem contrastadas empiricamente, como já comentei no capítulo 1.

O chamado método científico, na vertente clássica da epistemologia, poderia ser resumido nas seguintes etapas, segundo Bunge (s/d): 1 – estabelecimento do problema ou de uma lacuna em um conjunto de conhecimentos. Se ele não está formulado claramente, vem a etapa seguinte: 2- colocação precisa do problema; 3 - busca de conhecimentos ou instrumentos relevantes ao problema (inspeção do conhecido para ver se pode resolver o problema); 4 - tentativa de solução dos problemas com ajuda dos meios identificados; 5 - invenção de novas idéias ou produção de novos dados empíricos que sugiram a resolução do problema; 6 - obtenção de uma solução, exata ou aproximada; 7 - investigação das conseqüências da solução obtida (se a solução for uma teoria, busca de predições que ela permita realizar); 8 – contrastação da solução (com o conhecimento e os dados empíricos existentes pertinentes); 9 - correção das hipóteses, teorias, procedimentos ou dados empregados se a solução for incorreta ou parcial. Esse é o começo de um novo ciclo de investigação.⁹⁸

Nenhuma dessas regras são suficientemente precisas e específicas para permitir, por si sós, efetuar o passo correspondente na investigação. Para isso, há que “entrar na matéria”, aprender com os já iniciados, imitar exemplos ou modelos de investigação exitosa.⁹⁹

⁹⁷ Idem (p.30)

⁹⁸ Ibidem (p.34-5).

⁹⁹ Cf. Kuhn (1987); vide capítulo 1.

A metodologia é, obviamente, importantíssima para a tradição biomédica. Com certeza é poderosa. Sem ela, a tradição biomédica não se preserva, não se desenvolve. Essa e qualquer outra tradição, estilo de pensamento ou paradigma.

Eis a novidade trazida pelos nossos anti-heróis da epistemologia: a metodologia, antes louvada como o segredo da excelência da Ciência, agora pode ser percebida e considerada como parte integrante de um processo complexo, sócio-cognitivo, cultural e político. Parte importante da caracterização desse estilo de pensamento.

Porém, não seria ela o segredo todo-poderoso da ciência, o motor do conhecimento. Se endeusada como tal, passa a ter função de desvio de atenção, como os modernos querem sempre fazer. Desviar das práticas, dos valores e dos interesses envolvidos em qualquer empreendimento. Para melhor controle da prática, com omissão de responsabilidades¹⁰⁰. E passa a ter efeitos contraprodutivos: o método, que sempre foi de alto teor adaptativo, criativo e retórico (Feyerabend), ganha ares de dogma, de regra canônica a ser seguida. Institucionalizado como “padrão-ouro” do estado da arte de qualquer disciplina (Latour), seu domínio torna-se um capital simbólico (Bourdieu¹⁰¹) e uma camisa de força social e cognitiva: não se consegue mais pensar de outra forma, pensar em métodos alternativos (Fleck, Kuhn). Quem o faz não consegue apoio para investigação ou não consegue publicar (Latour, 2000a).

Além disso, o método está sempre ligado a um contexto teórico e a aspirações. Se endeusado e revestido com a retórica positivista da neutralidade e objetividade, passa a desempenhar função de despistamento, de ocultação. Para Feyerabend, a aparência de neutralidade, generalidade e objetividade dos métodos científicos não é senão a prova de uma omissão (de referências aos objetivos, aos interesses, às teorias e às metafísicas implícitos).

Se todas as atenções convergem para o método, enquanto um corpo de regras racionais, algoritmos e razões abstratas, ele obscurece sua íntima ligação e dependência para com o que vem antes, o que vem depois, o que se passa abaixo e acima dele. Ele passa a ser o “X” da questão da produção do saber. Consequentemente, não aparece a discussão

¹⁰⁰ Vide capítulo 1, tópico sobre Latour.

¹⁰¹ Cf. Bourdieu (1994); Barros (1997, 2002).

dos valores que subjazem aos métodos, da cosmologia envolvida, dos estilos de pensamento ou paradigmas norteadores. As teorias que os orientam, os interesses que orientam as questões, as perspectivas culturais e políticas em jogo ficam sem tematização, somem da agenda.

Não foi à toa que Feyerabend gastou seu tempo em produzir o “Contra o Método” (1985), uma suposta brincadeira¹⁰² destinada a afrontar radicalmente os dogmas e crenças usuais dos cientistas e epistemólogos a respeito de haver um método típico e caracterizador da atividade científica e de a ele serem creditados os méritos e maravilhas da Ciência.

As teses desse livro podem ser sintetizadas como sendo a percepção de que a ciência é um empreendimento relativamente anárquico, o que é demonstrado pelo exame de sua história e pela análise entre idéia e ação. Esse exame mostra que alguns elementos essenciais da ciência puderam sobreviver porque, no passado, a razão foi freqüentemente posta de lado e métodos irracionais foram usados, assim como procedimentos contra-indutivos. Mostra, ainda, que não há uma só regra, embora plausível e bem fundada na epistemologia, que deixe de ser violada em algum momento. Torna claro que tais violações não são eventos acidentais, não são resultado de conhecimento insuficiente ou de desatenção que poderia ser evitada. Ao contrário, são necessárias para o progresso. Esses resultados sugerem a abolição da distinção entre contexto de descoberta e contexto de justificação, e que abandonemos a distinção correlata entre termos observacionais e termos teóricos.

A partir da análise da *relação entre idéia e ação* também é possível perceber que os interesses, as forças, a propaganda e as técnicas de lavagem cerebral desempenham, no que tange ao desenvolver-se da ciência, papel muito mais importante do que geralmente se admite; e que o apelo à razão, diante do qual tão prontamente se sucumbe, nada mais é do que, muitas e no mais das vezes, *manobra política*.¹⁰³

¹⁰² Em sua autobiografia (Feyerabend, 1996), o autor se refere ao projeto do livro como uma brincadeira: uma compilação e ampliação de alguns artigos e textos seus prévios, concebido para gerar uma réplica, em defesa do método, de seu colega Imre Lakatos, a qual nunca ocorreu devido ao falecimento deste autor.

¹⁰³ Feyerabend (1985, cap.1).

No entanto, o método tem suas funções nobres, está centralmente envolvido na didática de uma tradição ou estilo de pensamento. Facilita a iniciação, facilita a assimilação das práticas e seu exercício conforme os exemplares (Kuhn). Qualquer iniciação é um conduzir “a-dentro” de forma dirigida, restrita, modeladora, dogmática. A estabilidade e permanência dos métodos permitem, otimizam e facilitam esse processo.

Assim, as regras e métodos funcionam, pelo menos internamente a uma tradição disciplinar, como um certo tipo de iniciação, têm função pedagógica valiosa. Além disso, eles efetivamente, em algum grau, permitem eficácia e efetividade para certos fins, permitem a reprodução do uso de uma organização testada de meios e procedimentos, em parte previamente elaborados. Umbilicalmente ligados a valores, pressupostos e objetivos, os métodos têm, inegavelmente, sua importância.

Quando, porém, mitificados como na ciência, cumprem bem o papel de dissimular a iniciação numa tradição disciplinar, mascarando o caráter tradicional dessa iniciação, obscurecendo a discussão sobre o sentido das práticas e criando dificuldades de linguagem e de retórica para a compreensão do que se ensina e se faz. Não poderei entrar em detalhes sobre esse processo aqui, embora essa pareça uma vertente fértil de pesquisa teórica e empírica.¹⁰⁴

Usando as idéias de Fleck e Kuhn, posso contornar o problema “comendo-o pelas beiras”, dizendo que os métodos, num contexto de pesquisa normal, estão estreitamente ligados aos paradigmas e estilos de pensamento. Kuhn comenta que uma dos sinais da vigência e do domínio de um paradigma é a ausência de discussão dos pressupostos teórico-cosmológicos e dos métodos usados, bem como a estabilização destes últimos.

¹⁰⁴ Latour (1997,2001) e seu grupo são dos poucos que ousaram estudar a ciência de um ponto de vista antro-po-sociológico, um pouco nessa linha. Talvez uma abordagem antropológica e etnográfica que acompanhasse, por exemplo, um grupo de estudantes de medicina numa escola ao longo dos anos, explorando o problema do aprendizado e da iniciação por um lado, e o problema dos métodos por outro lado, com um viés epistemológico, pudesse trazer mais luz a esse tipo de problema.

Fleck diria que cada estilo de pensamento tem seus métodos, e a relação com eles varia conforme o caso. Isso por si só já implica uma relativização e uma referência ao que vem antes, em torno e depois dos métodos.

Maturana pouco discute essas questões, mas Latour de pronto reconheceria as complexidades do fazer científico e recusaria a primazia de um método ou um conjunto de métodos racionais como caracterização desse fazer.

Ao contrário, descrevendo os cinco circuitos vitais da ciência, Latour interpretou os métodos na sua pluralidade real ao estilo de Feyerabend, sem, no entanto, deixar de reconhecer que as estratégias usadas para mobilizar e capitalizar objetos e técnicas do mundo ao redor de certos projetos, de centralizar e simplificar conhecimentos e fenômenos, padronizando-os e aumentando sua comparabilidade, despiando-os de suas ligações regionais e culturais, são ferramentas poderosas para a tecelagem de uma rede de práticas de cobertura global e de manejo central.¹⁰⁵

Dito em outras palavras, até reafirmou o poder dos métodos científicos, mas sua abordagem antrope-sociológica e política, meio foucaultiana-marxista-bourdieuana, desse tema quase nada tem a ver com a noção corrente na epistemologia. Deixou claro o caráter político-estratégico dos métodos, aproximando-se novamente de Feyerabend.

Direcionando mais a discussão, o que se pode dizer, a partir das idéias dos autores escolhidos, das consequências da metodologia para os três ambientes de práticas? Vejamos.

A metodologia no ensino e pesquisa em saúde.

A metodologia positivista e o esquiteamento do sujeito por ela realizado na biociência, é um projeto vitorioso, aqui já referido quando da menção à vigência do paradigma biomecânico na biomedicina.¹⁰⁶ Não preciso discorrer sobre a obsessão por purificação, racionalismo e testagem poperianos. Nem na sua linguagem generalizante e na formalização matemática e lógica sempre buscada.

¹⁰⁵ Latour (2000a, 2001).

¹⁰⁶ Cf. Tesser, (1999).

A biomedicina, pode-se dizer, vive num ambiente de pesquisa poperiano até onde pode. A complexidade de seus objetos e objetivos, todavia, impõe alguns cuidados e considerações. Retendo o que pode ser generalizável ao modo racionalista e lógico de pensar, centrou-se metodologicamente em torno das definições circulares e operacionais das doenças, fornecidas pela relação clínica-epidemiologia-disciplinas auxiliares, mesmo sem uma teoria geral das mesmas (das doenças). Naturalizou-as e “biologicizou-as”.¹⁰⁷

Este *status quo* teórico-metodológico tem, evidentemente, repercussões sobre a formação dos médicos e profissionais da saúde e seu trabalho, seja clínico, seja de pesquisa, seja na saúde coletiva. Ele está envolvido em dilemas terapêuticos, relacionais, culturais e sociais na atenção à saúde.

A direção apontada pelas idéias de Fleck, Kuhn, Feyerabend, Maturana e Latour pode dar nascimento à uma renovação relevante da metodologia de pesquisa na biociência, particularmente na clínica.

Uma contribuição é o desafio de relativização das doenças da nosografia biomédica e da reorganização da produção do conhecimento e da clínica em torno dos adoecimentos individuais, requisito ético e terapêutico desejável para um saber que busca conhecer sobre adoecimentos de pessoas, a fim de sobre elas e junto com elas intervir. Isso é demandado também pela perspectiva epistemológica não-moderna de manutenção explicitada da ligação com as pessoas, os grupos, a história, a cultura envolvidas. Realizar a revolução copernicana na biomedicina (centralizar os doentes, fazendo as doenças girarem ao redor deles ao longo do tempo) tanto reorganiza o seu estilo de pensar e fazer clínica e pesquisa como implica em dificuldades nada desprezíveis.

¹⁰⁷ O modelo de Leavell & Clark (1976), antigo que seja, é um exemplo perfeito de naturalização e biologização da doença, talvez a melhor formulação teórica geral até hoje, que posso fornecer como exemplo. Chamada pelos autores de “História natural de qualquer processo mórbido no homem”, o modelo descreve o ciclo de vida de uma doença qualquer, como se ela fosse uma criatura viva, embora sem dizer o que seria uma dessas criaturas. A atualidade do modelo é comprovada pela sua permanência e referência na maioria dos manuais médicos contemporâneos. (Cf., também, Camargo Jr, 2003, p.122-4). Também Dalamso (1991, 1998).

Na clínica, tal revolução parece ser menos difícil, relativamente, pois a missão social de “curandeiro” dos biomédicos já está lhes cobrando isso. A ética do “curandeiro” também induz a isso e algumas novas possibilidades de trabalho profissional, como as estratégias de adscrição de clientela, facilitam essa retomada do indivíduo doente como centro da atividade. Um problema importante parece ser o de readaptação do saber biomédico e da reconstrução da relação dos sujeitos (“curandeiros”) com o saber, uma vez que este esquarteja o corpo e não auxilia muito na busca da integralidade da atenção.¹⁰⁸ (Uma das poucas estratégias para atenuar esse problema tem sido investir no trabalho em equipes multidisciplinares (inter ou transdisciplinares).

O saber instituído admite apenas os mecanismos fisiológicos materiais (bioquímicos e biofísicos) conhecidos de integração orgânica, que são relativamente reducionistas e restritos. Outras abordagens como os saberes “psi” certamente contribuem nessa missão de visualização da integralidade dos sujeitos,¹⁰⁹ embora não se conectem facilmente com o saber biomédico fisiopatológico.¹¹⁰

No entanto, a complexidade da missão a torna um desafio de longo prazo. Em geral, a integralidade da atenção é visualizada como uma missão prática e artística do “curandeiro” e de sua equipe de saúde. Ela é pouco tematizada em sua relação com os saberes que a informam, com ela colaboram ou a dificultam. A esse respeito, a contribuição de outros estilos de pensamento ou outras racionalidades médicas, cujo saber e estilo de pensamento são mais “holísticos” e menos analíticos, podem contribuir nesse desafio – o que demanda exploração ainda hoje embrionária.¹¹¹

A esse respeito, os estudos do grupo de Luz (1998, p.2-34) indicam que as medicinas tradicionais poderiam contribuir de forma relevante quanto aos seguintes aspectos: na reposição do sujeito doente como centro do paradigma médico; na re-situação

¹⁰⁸ Para uma discussão das dificuldades teóricas, práticas e institucionais do tema da integralidade, vide Pinheiro & Mattos (orgs.) (2001, 2003).

¹⁰⁹ Cf. Campos (1992, 2000).

¹¹⁰ A psicossomática, que explora essa relação, parece não ter deslanchado, embora tenha trazido algumas contribuições. Mas não foi assumida pelo grosso da biomedicina. Persiste marginal, como a psicanálise etc.

¹¹¹ Como estudos e experiências já indicam, por exemplo: Cunha (2003), Tornavoi (1998), Tesser (1999), Luz (1997b), Moreira Neto (1999), Brasil (2003).

da relação médico-paciente como elemento fundamental da terapêutica; na busca de meios terapêuticos simples, despojados tecnologicamente (menos dependentes de tecnologia dura, menos caros e, entretanto, com igual ou maior eficácia em termos curativos nas situações mais gerais e comuns de adoecimento da população); na construção de uma medicina que busque acentuar a autonomia do paciente e não sua dependência, em termos de relação saúde/enfermidade; na afirmação de uma medicina que tenha como categoria central de seu paradigma a categoria de Saúde e não a de Doença. Ampla área de pesquisa abre-se nessa direção, uma vez que tais contribuições não são nada desprezíveis.

Outra contribuição derivada dos autores estudados é a proposta de democratização da responsabilidade e da decisão sobre os critérios aceitáveis de segurança, tempo e perigo, a serem compartilhados com os doentes. Essa democratização não é total nem igualitária, não segue um modelo político geral e não é qualquer uma. Jamais as tradições de cura especializadas falarão de igual para igual sobre os riscos, perigos, intervenções e seus critérios com os doentes ou seus representantes. Se o fizessem, não seriam tradições especializadas. Além disso, a legitimidade do poder e da confiança projetados nos “curandeiros” nutre-se da eficácia terapêutica das ações derivadas e permitidas por essa diferenciação (e pelas técnicas desenvolvidas pelas tradições especializadas).

A questão dirige-se para dois pontos essenciais e resolve-se, na maioria das vezes, através deles: o primeiro é assumir a responsabilidade inerente à diferenciação social do “curandeiro”, tanto pessoalmente quanto tradicionalmente, com o ônus de harmonizar essa responsabilidade e os saberes advindos da tradição especializada com as situações, valores, saberes e expectativas dos doentes. Isso, novamente ressaltado, é tarefa do “curandeiro” (e também de suas tradições). Portanto, questão central na formação de profissionais e desafio para a construção de metodologia nessa área.

O segundo ponto é a questão do poder na prática cotidiana: trata-se de desviar da obsessão moderna de concentração de poder. Na biomedicina, isso se traduz como exigência de submissão automática dos doentes aos preceitos e condutas prescritos em função de uma suposta supremacia epistemológica inquestionável, que induz o praticante biomédico a dirigir-se ao doente sentindo-se como se merecesse veneração e submissão.

Ainda que não se possa generalizar, o imaginário positivista influencia a ação biomédica nesse sentido, e, na prática, ela tende, muitas vezes, para essa postura. Consequentemente, rompe, principalmente na clínica, com a harmonia da relação de cura e com a projeção de confiança usual nos “curandeiros”. Logo, democratizar, nesse contexto, significa apenas voltar a construir o compartilhamento de responsabilidades e confianças (desiguais) que nunca deixaram de existir, de novo a cada novo doente. Isso constitui-se em desafio nada desprezível para o ensino médico.

Usando as idéias de Maturana, pode-se dizer que a harmonia desigual e natural da democracia na relação “curandeiro”-doente funda-se numa emoção, confiança e respeito (discutidas em termos de ética, em geral, na prática de curar), que Maturana chamou de amor, o qual viabiliza a recorrência da interação que permite o convívio continuado, que certamente facilita, viabiliza e relativiza a cura. Essa emoção, como numa relação amorosa, necessita de estar sempre sendo re-inaugurada, para manter-se como nova, crescente, vigorosa. É sintomático da quebra dessa emoção o fato de a tradição biomédica ter abandonado, relativamente, no decorrer do século XX, o convívio ao longo do tempo com o doente enquanto unidade individual, seja na pesquisa, seja na assistência clínica. Somente recentemente se tenta resgatar na clínica, no serviço de saúde público no Brasil, a longitudinalidade do cuidado e da responsabilidade pelos doentes, via propostas tipo PSF e adscrição de clientela. Na pesquisa, os estudos de cortes, a metodologia que mais se aproxima desse convívio, são raras e cada vez mais substituídas pelos estudos caso-controle. Os “*follow-up*”s da pesquisa clínica dirigem-se às doenças da nosografia biomédica, às doenças e aos fatores de riscos. No ensino, é problemático o quase monopólio do hospital sobre a pedagogia médica, lugar por excelência de ruptura do convívio longitudinal com os doentes na sua própria vida e de autoritarismo quase total que exige submissão.¹¹² Essa perspectiva reforça a velha e mal começada luta pela desospitalização do ensino médico e em saúde.

¹¹² Cf. Cunha (2003)

Uma terceira contribuição é a constatação da possibilidade de adoção de uma multi-referencialidade teórica, ou seja, de que sejam consideradas e comparadas interpretações e terapêuticas provenientes de tradições de cura distintas, a serem aplicadas aos adoecimentos “crus” trazidos pelos doentes. Isso poderia trazer tanto novas perspectivas interpretativas e contribuições terapêuticas como uma maior clareza sobre os significados, eficácias e limites do paradigma e da ação biomédicos. Construir metodologia para viabilizar esse caminho me parece tarefa toda por fazer.

Para Feyerabend, essa última questão é crucial e diz respeito à possibilidade mesma de análise do mundo visto de dentro de uma tradição. Como entender o que fazemos (na biomedicina)? Como seria possível examinar algo de que nos estamos valendo o tempo todo? Como analisar – para lhes apontar os pressupostos – os termos em que habitualmente expressamos nossas observações mais simples e diretas? Como – agindo como agimos – descobrir a espécie de mundo que pressupomos? A resposta é clara: não se pode descobrir isso por análise e sim por contraste, por comparação. Não podemos descobrir o mundo a partir de *dentro*. Há necessidade de um padrão externo para a crítica: precisamos de um conjunto de pressupostos alternativos, que farão nascer, pela sua generalidade, todo um mundo alternativo, para descobrir os traços do mundo que supomos habitar.¹¹³

Ora, na saúde, isso está muito facilitado, simplesmente porque esses mundos alternativos de saúde-doença já existem, estão acessíveis em outras tradições de cura, outras tradições culturais e, em parte, nos doentes.

Tal multireferencialidade na saúde, ainda, é facilitada pela missão ética de cura que permite a relativização dos impasses epistemológicos referentes à verdade. Como o que buscamos é curar, estamos sempre sustentados por valores compartilhados, necessidades pragmáticas e éticas mais facilmente satisfeitas que a impossível pretensão de uma verdade acima de qualquer crítica, como discutirei adiante no tópico sobre a verdade.

¹¹³ Feyerabend (1985, cap.2.).

Resumindo esse argumento, a possibilidade de uma epistemologia comparada e a construção de uma metodologia que a viabilize, como queria Fleck, desdobrando-se em pesquisas e práticas clínicas, que se sabem mergulhadas nas luzes e obscuridades de estilos de pensamento e tradições, mais ou menos esotéricas ou especializadas, é uma novidade e uma possibilidade metodológica ainda por enfrentar, derivada da nova epistemologia estudada.

Outro desafio é o de contribuir de forma relevante, consciente e prudente para a construção de uma cultura geral em saúde mais auto-sustentável, menos perigosa e iatrogênica, levando-se em conta as dinâmicas de transformações sócio-cognitivas dos saberes pelos círculos eso-exotéricos descritas por Fleck. Isto é, assumir a responsabilidade de contribuir conscientemente para o uso exotérico dos saberes construídos pela pesquisa em saúde. Uma idéia (não-moderna) seria assumir o saber como “instrumento”, no nosso caso para a cura – e não prioritariamente para o controle, como têm feito a tradição científica ocidental e a cultura moderna (Cf. Lacey, 1998). As implicações metodológicas da assunção desse projeto e dessa responsabilidade são simplesmente ignoradas, desconhecidas. O primeiro passo pode ser começar a procurá-las.

Desses autores, depreende-se também a missão de que o saber produzido e o próprio desenho de pesquisa deveria tentar explicitar ao máximo suas vinculações teóricas, cosmológicas, culturais, políticas etc. Isso, de certa forma, já é facilitado pela referência aos estilos de pensamento, paradigmas e tradições, mas implica uma contextualização teórica e metafísica hoje quase impensável na biociência.

Tais questões, sinteticamente postas, escondem e, simultaneamente, indicam a complexidade e a dimensão da tarefa anunciada. Nada mais que os “padrões-ouro” de pesquisa clínica ora estabelecidos tornam-se precários, excessivamente reducionistas, rígidos, tecnocráticos, opacos e etnocêntricos. Eles subentendem um paradigma nunca analisado ou explicitado. E sucumbem a uma regra institucional unilateral, pertencente ao mundo do sistema médico da biociência, oficializada socialmente.

A complexificação da pesquisa biomédica é, portanto, uma contribuição fundamental da nova epistemologia. As metodologias dos ensaios clínicos, por exemplo, poderiam se remodelar. Primeiro, sua fundamentação teórica mais geral, referente às concepções de saúde-doença envolvidas no diagnóstico e na terapêutica seria explicitada.

Segundo, precisariam nunca perder de vista a referência aos indivíduos, sua evolução clínica global. Isso implica uma dificuldade teórica e metodológica relevante e problemática, pois o esquartejamento do corpo humano realizado pela biociência nos seus modelos de funcionamento do mesmo permite um enfoque setorizado das partes por si mesmas, introduzindo uma cegueira proveniente tanto do saber (relações relativamente pobres e biomecânicas entre os diversos aparelhos, órgãos e sistemas orgânicos, particularmente quanto aos adoecimentos ao longo do tempo) quanto da especialização institucional e profissional da biociência e da pesquisa. A superação desse problema, difícil que seja, seria passo essencial e necessário para a resolução ou ao menos atenuação da cegueira quanto ao que chamei em outro momento de iatrogenia longitudinal¹¹⁴ da ação biomédica.

A iatrogenia longitudinal refere-se à hipótese de que com a visão, o saber e a intervenção (esta apenas idealmente) restritas às partes do corpo afetadas e às doenças, os biomédicos (e cientistas) não desconfiam de que estariam gerando conseqüências danosas em outras partes do corpo ou para a saúde no geral ao longo do tempo. Conseqüências que seu conhecimento não reconhece como tal e sim como novas doenças. Essa iatrogenia longitudinal, muitas vezes percebida ou suspeitada pelos doentes no dia-a-dia, pode estar tomando “dimensões macro-culturais e macro-sociais (...), envolvidas, certamente, na crescente fuga de parcelas cada vez maiores das populações dos tratamentos biomédicos”.¹¹⁵

Outra transformação nas metodologias atuais de pesquisa se daria no caso do estudo de outras tradições e saberes/práticas de cura pela biociência, correspondendo à adequação dos métodos às teorias, cosmovisões e concepções de funcionamento do corpo,

¹¹⁴ Tesser (1999, pp.83-84).

¹¹⁵ Idem, p.84.

da saúde e da doença das tradições estudadas. Com o recente incremento nessas pesquisas, algumas dessas adaptações já têm sido propostas¹¹⁶, com o objetivo de adequar os métodos rotineiros, provindos do paradigma biomecânico da biociência, aos paradigmas de outras tradições de cura ou racionalidades médicas.

Um exemplo típico desse problema é que algumas outras medicinas apresentam um caráter “holístico” nas suas concepções de saúde, adoecimento e cura, referenciadas na evolução clínica e existencial global do doente. Além disso, portam “teorias” sobre o adoecimento e a cura distintas, que precisam ser levadas em conta. Isso precisa estar contemplado no protocolo de pesquisa, tais relações e teorias precisam orientar os métodos, o seguimento, etc.¹¹⁷

A perspectiva tradicional proposta por Feyerabend, com sua pedagogia apenas insinuada - ensinar o conhecimento e a prática ao iniciante e, ao mesmo tempo, protegê-lo da adesão cega ao conhecimento - incentivaria uma reforma dos rituais e práticas de ensino. Envolveria assumir a tradição de cura e de pesquisa como uma tradição mutante. Isso parece pouco, mas a adesão à ideologia cientificista do progresso para a verdade quase bloqueia o assumir do lado tradicional da biomedicina. Ele é rechaçado, quase só reconhecido para ser combatido. A ideologia do progresso para a verdade só olha para a frente, para as promessas de controle e cura de todas as doenças, gerando cegueira quanto ao passado e ao presente.

Não me detenho mais na dimensão e no significado da proposta de assumir o caráter tradicional da biomedicina, o que me desviaria por demais. Ressalto apenas que aproveitar dessa assunção facilitaria, a meu ver, o aumento da sobriedade, do bom senso, do racionalismo crítico, da responsabilidade, da humildade e, conseqüentemente, da eficácia da ação dos praticantes. Ainda mais se a crítica e a disponibilidade para mudanças persistirem (possivelmente aumentariam).

¹¹⁶ Por exemplo, as adaptações e enfoques discutidos em Mason et al. (2002), Ernst et al. (2001).

¹¹⁷ Idem.

Outra contribuição se daria no estímulo à pluralização das referências teóricas, aproveitando a presença de outras tradições, como forma de beneficiar o aprendizado e o espírito crítico. Isso implicaria, ao contrário do que se faz hoje, num resgate, valorização e estudo das tradições de cura não-científicas, mais ou menos dotas e especializadas, mais ou menos populares, que serviriam como termo de comparação, referência crítica externa, universo de teorias, técnicas, exemplos e contra-exemplos a enriquecer a crítica e a autocrítica, a humildade e a sabedoria dos “curandeiros” (científicos e outros).

Por outro lado, para amortecer as contradições, problemas e divergências decorrentes desse pluralismo e também para nortear a empreitada, como seu sustentáculo, vem a necessidade estratégica e, simultaneamente, ética de dar prioridade à missão “curandeira”, à tarefa de “curandeiro” do profissional de saúde e mesmo do saber produzido. Isso assumido como um valor estratégico, junto com uma maior democratização e compartilhamento das responsabilidades decisórias (hoje remetidas aos “padrões-outro” vigentes e a uma participação restrita dos doentes nas pesquisas através de um “termo de consentimento esclarecido”), poderiam ser potentes norteadores de uma nova metodologia em saúde, mais pragmática e mais democrática.

A metodologia na clínica

Não preciso repetir que a clínica, pelo olhar poperiano e lakatosiano, se transformaria na direção para onde já está indo: mais MBE. A clínica quer-se informada, cada vez mais, nessa medicina e nessa perspectiva, pelo saber científico.

Sintetizando as propostas poperianas, tratar-se-ia da cientificização da clínica. Posso considerar que a MBE, um exemplo recente de cientificização da clínica, é uma aplicação na medicina de suas idéias. A recusa do peso dessa responsabilidade, tarefa de externalização em que os modernos são especialistas, é visível no discurso da MBE através do eufemismo que diz que a decisão médica é individual e que a MBE apenas se propõe a subsidiar a decisão com informação atualizada e fundamentada cientificamente.

Para justificar essa relação, é suficiente o fato de que alguns trabalhos recentes têm demonstrado que duas tendências recentes na biomedicina, datadas do fim do século XX, apresentam impressionantes semelhanças com o ideário poperiano e não por coincidência. Essas mudanças referem-se a duas dimensões das práticas em saúde-doença: primeiro, elas oferecem ao ensino e ao trabalho médicos, como alternativa à concepção de doença ou risco, a concepção de ‘problema’, numa grande aproximação com o discurso poperiano. Segundo, propõe “que o médico baseie sua decisão sobre diagnóstico e terapêutica para cada caso em evidências científicas de acesso facilitado”¹¹⁸, que é o que caracteriza o movimento chamado MBE¹¹⁹. Estudos como o de Dalmaso (1998) atestam o peso da segunda tendência. As experiências de ensino, ainda experimentais no Brasil porém comuns e mais antigas fora dele, de mudança do padrão pedagógico através da metodologia chamada “aprendizado baseado em problemas”¹²⁰, atestam a primeira tendência.

Um comentário merece destaque, a respeito da proposição de que a medicina clínica, na prática diagnóstica, aproximar-se-ia de um paradigma distinto e antigo, que veio a ser mais comum nas ciências humanas. Trata-se do paradigma indiciário ou semiótico, discutido por Ginzburg (1989). Nele, a partir de sintomas, pequenos sinais e indícios, desvenda-se retrospectivamente uma história e uma realidade subjacente irreproduzível e particular, à moda de Sherlock Holmes.

Aqui, o caso particular é o doente, e a realidade a ser desvendada retrospectivamente e narrada é a doença ou a natureza e *modus operandi* dos adoecimentos, para intervenção restauradora. Camargo Jr. (2003, p.131) atribui ao momento diagnóstico da clínica biomédica uma operação desse tipo. Gostaria de comentar dois aspectos relevantes e contraditórios dessa aproximação: o primeiro é que no caso do exemplo do detetive, abundantemente usado por Ginzburg, a história a ser reconstruída, a verdade a ser revelada não está *a priori* limitada. Qualquer um pode ser, a princípio, o criminoso. Esse seria um método construtivista, voltado para os casos singulares e particulares, irreproduzíveis. O que restringe a aproximação desses exemplos com a biomedicina é o

¹¹⁸ Dalmaso (1998, p.64).

¹¹⁹ Ver, por exemplo, Drumond & Silva (1998).

¹²⁰ Ver, por exemplo, Mamede & Penaforte (2001).

grau de limite e direcionamento que a instituição de categorias pré-estabelecidas impõe sobre a atividade diagnóstica. No caso da biomedicina, uma das caselas da grade nosológica biomédica é o que é aceitável de ser reconstruído em cada caso individual. Isto é, uma doença (padronizada) deve ser descoberta na operação cognitiva da propedêutica médica. Para os casos não enquadráveis, o eufemismo da tradução sintomática para termos técnicos ou sindrômicos simula essa operação, mantendo as aparências. Esse enrijecimento da atividade clínica biomédica desmancha boa parte da arte, inventividade e inteligência do clínico-detetive. Ainda persiste o desafio, mas tudo deve ser reduzido a alguma das doenças pré-estabelecidas. Como se Sherlock Holmes estivesse limitado a uma lista finita de suspeitos. E, com a progressão da cientificização da biomedicina, na versão positivista, doravante os procedimentos de eleição dos possíveis criminosos, antes cheios de argúcia, inventividade, intuição, sensibilidade e inteligência, passarão a ser cada vez mais dirigidos por algoritmos derivados das metanálises, protocolos e regras definidas, que tendem a transformar o biomédico, particularmente o ambulatorial, em um funcionário de guichê, que gasta seu tempo mais com canetas, carimbos e papéis (pedidos e resultados de exames complementares), regulando fluxos por algoritmos a serem seguidos, do que com a emocionante missão de interpretar adoecimentos, inventar e reconstruir histórias e instituir terapêuticas.

Isto é, a biomedicina está progressivamente abandonando este paradigma indiciário, e há muito tempo. O próprio Ginzburg (1989, p.170) esclarece, numa frase isolada, porém precisa, o início desse abandono: “na metade do século XIX, vemos desenhar-se uma alternativa: o modelo anatômico de um lado, o semiótico de outro.” Se a aproximação existe, ela está cada vez mais distante devido ao desenvolvimento espetacular do modelo anatômico.

Em todo caso, pode-se dizer, segundo Luz (1996) que coexistem na biomedicina (e talvez em qualquer medicina), dois paradigmas de conhecimento: o primeiro indiciário, vigente na prática clínica, na ação “curandeira”; o segundo de ambição analítica, mais doutrinário ou racionalista, ligado ao corpo de saber instituído. O que quis ressaltar com os comentários precedentes é que o segundo, no caso da biomedicina, avança sobre o primeiro, colonizando-o e dominando-o progressivamente.

Outro comentário a esse respeito é que a idéia de uma paradigma indiciário como método da clínica, ao menos da diagnose, pode ser muito útil desde que relacionado com os saberes e as concepções de saúde e doença subjacentes à formação do “curandeiro”, à sua tradição. A estrutura dos saberes e o tipo de relação com ela deverão direcionar, impulsionar, limitar e fornecer os termos de interpretação básicos para qualquer diagnóstico. Essa tematização poderia facilitar uma melhor compreensão do que fazem os clínicos biomédicos e outros de outras tradições, facilitando uma comparação entre os mesmos. Além disso, permitiria a ênfase no caminho inverso e complementar àquele tomado pelo saber científico que é hegemônico na diagnose biomédica: voltar da generalidade da doença classificada para a singularidade irreproduzível do adoecimento do doente que se precisa curar. A necessidade dessa ênfase está atestada pelos esforços de autores que a reconheceram, como Campos (1992, 2003), que propôs um adjetivo para qualificar este segundo momento da clínica biomédica: o autor propõe uma “clínica ampliada”, reconhecendo que a clínica biomédica hoje reduziu-se tanto que precisa ser ampliada com conteúdos e objetivos que parecem ter sido secundarizados: tratar das pessoas singulares doentes nas suas vidas complexas e incontrolláveis.

Mas, e os nossos demais autores, quais as suas contribuições para a questão da metodologia na clínica?

A primeira é a consciência de que a atividade clínica submersa num paradigma¹²¹ opera, para ter operacionalidade terapêutica, uma redução paradigmática. Ou, ao menos, se orienta por uma redução dessa natureza, típica das tradições especializadas em saúde-doença, científicas ou não. Ainda que consiga não desligar-se dos fenômenos “crus”, qualquer “curandeiro” reinterpreta o sofrimento e as queixas trazidas pelos doentes conforme sua tradição e seu saber, oferece essa interpretação ao doente e age a partir dela. Esse procedimento e a capacidade de o executar com relativo sucesso terapêutico é, aliás, o

¹²¹ Vale notar que as recentes mudanças na saúde mental providas do questionamento da psiquiatria clínica, da experiência italiana e de outros países, inclusive o Brasil, tornou possível e necessário que a clínica dessa “área” se transformasse numa atividade quase sem paradigma abrangente, abrindo possibilidades inéditas e, ao mesmo tempo, introduzindo dificuldades várias. A experiência da saúde mental seria altamente relevante para a discussão dos caminhos epistemológicos da medicina em geral e da saúde coletiva. Esse registro fica como sugestão para futuras pesquisas. Uma experiência nessa área é relatada e analisada em Tesser & Teixeira (2003).

que legitima qualquer tradição de cura e seus praticantes como especialistas sociais em saúde-doença.¹²²

A redução paradigmática torna-se um problema quando uma de duas situações acontecem: primeira, ela é feita inconscientemente como se não existisse, ou seja, a explicação estilística é identificada com a realidade e passa a substituir o fenômeno misterioso e polissêmico do adoecimento. Nesse caso, tudo vai depender da semelhança ou não das concepções, valores e representações sociais entre o curador e o doente, bem como da capacidade do paradigma em questão de interpretar, com boa cobertura, acurácia, detalhe e coerência, o quadro do adoecimento “cru”, relacionando suas partes, oferecendo-lhe um sentido. Se a redução operada aproxima-se do que pensa e/ou sente o doente e for potente em ressignificar de forma satisfatória a maior parte do quadro do adoecimento, proporcionando ação e eficácia, pouco problema haverá.

A segunda situação problemática dá-se quando a redução é feita com consciência, mas o referencial paradigmático do “curandeiro” é por demais distinto da interpretação do doente para a sua situação. Várias possibilidades podem resultar, que variarão conforme as situações existenciais, a tolerância e a capacidade comunicacional (não exclusivamente verbal) do “curandeiro” e do doente. Isso, convém lembrar, não é raro. De todo modo, esse é um problema inerente a toda clínica orientada por um paradigma a ser assumido pelo “curandeiro”, que age de uma ou outra maneira, com um discurso e percepção mais ou menos elaborados sobre ele (desde sua negação até estratégias várias de manuseio do processo).

Ainda a esse respeito, outro problema das reduções paradigmáticas na clínica biomédica é a sua pouca capacidade de cobertura dos quadros de adoecimento e sua pouca capacidade de inter-relacionamento das partes do adoecimento entre si e com a vida vivida do doente. Exemplifico.

No Apêndice 1 está descrito sinteticamente o tratamento e o adoecimento de uma paciente que tinha dores nas costas e ombros, hipertensão arterial, quadro depressivo após estresse emocional e existencial (financeiro), extremidades frias, tendência à

¹²² Cf. Berger & Luckmann, 1996.

obesidade, tendência ao inchaço abdominal, hipermenorréia leve, bruxismo. A interpretação biomédica permitiu relacionar o estresse existencial com o quadro depressivo e possivelmente a hipertensão. O restante ficou desconexo, sem interpretação ou intervenção. A terapêutica – ainda que fragmentada pelos profissionais que a atenderam (clínico, cardiologista, psiquiatra, psicóloga, nutricionista) – melhorou a depressão, mas não melhorou a hipertensão. E isso era a mais perigosa parte do adoecimento, em termos de risco, para a própria tradição biomédica.

O que merece destaque é que a redução paradigmática biomédica do adoecimento dessa paciente foi precário (baixa cobertura do quadro) e pobre em relações internas, em capacidade de integração e geração de um sentido global e existencial para o adoecimento. A parte coberta com boa coerência e relacionamento não permitiu sucesso terapêutico do ponto de vista “orgânico”. Nesse caso específico, a cobertura do quadro e a integração de suas partes, bem como a eficácia da terapêutica deixaram a desejar. Vale ressaltar que nem sempre é assim, mas é mister reconhecer que isso é comum na clínica ambulatorial. A impossibilidade ou a precariedade da integração sintomatológica em um todo coerente relacionado à vida do doente (muitos sintomas quase sempre ficam isolados sem interpretação a integrá-los em uma dinâmica fisiopatológica) é fato comum na clínica biomédica, que gera problemas na relação médico-paciente e na efetividade geral dessa clínica.

Outro problema é que o imaginário biomédico (e dos doentes) projeta nos fármacos e cirurgias a potência de cura da biomedicina. Esse tipo de terapêutica é relativamente limitada para possibilitar efetividade na clínica ambulatorial do dia-a-dia, do ponto de vista da cobertura dos sintomas. Por outro lado, os fármacos permitem a sedação momentânea de sintomas isolados, gerando um movimento em bola de neve, contraprodutivo e iatrogênico, de demanda repetitiva pela sedação química dos mesmos, produzindo dependência (de anti-inflamatórios, analgésicos, anti-ácidos e recentemente de forma acentuada, psicofármacos), que desemboca, muitas vezes, em alienação grosseira da vida vivida e sua relação com a saúde.

Além disso, em função do imaginário científico que ambiciona a objetivação de todas as doenças e a materialização do remédio num comprimido ou injeção, outras terapêuticas dessa própria tradição de cura, possivelmente mais eficazes muitas vezes, tendem a ser sub-utilizadas, para prejuízo dos doentes.

Claro está que os problemas discutidos acima não são apenas determinados pelos limites intrínsecos do paradigma biomecânico. O que quero destacar é que o tipo de redução operada por esse paradigma, necessária para sua aplicação nas melhores “condições externas” e de competência profissional, está implicada neles. E que a nova epistemologia estudada contribui para o reconhecimento e manuseio desses problemas.

Voltando à redução paradigmática do caso clínico do Apêndice 1, uma outra medicina, a medicina tradicional chinesa (MTC)¹²³, reorganizou as partes do adoecimento num todo complexo relacionado internamente com a vida vivida da paciente e com uma certa tipologia constitucional individual (englobando aí características tidas no ocidente como psicológicas e fisiológicas). Sua ação permitiu melhora clínica de praticamente todo o quadro, inclusive e rapidamente da hipertensão, que era um fator secundário na interpretação chinesa, sem terapêutica específica. A dinâmica de agravamento do problema da paciente, como visto pela MTC, misteriosa que seja para o entendimento biomédico, permitiu ao terapeuta da medicina tradicional chinesa uma boa cobertura do quadro em termos de compreensão, relacionamento com a vida vivida e intervenção (sintetizados na Apêndice 1).

Nos nossos termos epistemológicos: a redução paradigmática da medicina chinesa conseguiu grande cobertura do quadro sintomático, com capacidade de relacionar suas partes, possibilitando terapêutica efetiva para ele. Nesse caso específico, ela parece ter sido exitosa. Isso é importante para fazer notar que outras reduções paradigmáticas podem ser possíveis, viáveis, eficazes, verazes.

¹²³ O terapeuta provinha de aprendizado desinstitucionalizado, com professores vinculados à tradição chinesa taoísta, uma vertente tradicional de transmissão oral do que hoje se chama medicina tradicional chinesa. Isso merece registro pois há, na China após a revolução comunista e no ocidente atual, uma valorização da medicina tradicional chinesa algo racionalizada e adaptada aos padrões de teoria e prática ocidentais, mais institucionalizados. Uma discussão desses nuances não é necessária aqui. Basta considerar que é reconhecível uma relativa unidade e homogeneidade na medicina tradicional chinesa, assim como na biomedicina; que não esconde, por sua vez, se fizermos um *zoom*, heterogeneidades internas.

Eis, portanto, uma das contribuições dos autores estudados: o reconhecimento das reduções paradigmáticas. Que elas trazem problemas, que a compreensão de uma medicina estranha é muito difícil de fora dela, que essas duas medicinas sejam em parte incomensuráveis, que não seja fácil compará-las sem reduzir uma à outra, isso tudo pode ser dito e poderá dar início a um movimento de pesquisa e enfrentamento desses problemas graças à contribuição desses epistemólogos, dentre outros (e dentre outros fatores). Nesse sentido, seu valor para a saúde é justamente ter permitido reconhecer e valorizar o problema. Ter permitido diminuir a cegueira paradigmática e o preconceito geral de que a excelência epistemológica, a verdade e a razão em saúde-doença estariam restritas à biociência ou à clínica biomédica e seus padrões metodológicos.

Uma contribuição de Fleck, ainda no sentido do estabelecimento da consciência das reduções paradigmáticas e de seu manuseio, vem da sua conceituação de fato como ligado inexoravelmente a um estilo de pensamento. Ou seja, a estilos de pensamento diferentes corresponderão reduções diferentes e fatos diferentes, provenientes de uma mesmo fenômeno clínico “cru”. A clínica é particularmente rica nesse aspecto, pois conta com um observador e informante que pode ajudar a manter, parcialmente, a diferença entre o fenômeno “cru” e o reduzido pelo estilo de pensamento especializado: o paciente.

Uma contribuição de Feyerabend é a proposta de construção de critérios locais compartilhados com os doentes para avaliação e condução das terapêuticas, inclusive quanto a eleição de métodos para diagnose e tratamento. A pluralização metodológica generalizada proposta pelo autor questiona a padronização do saber científico em saúde-doença pelo planeta e defende uma abertura para a reconstrução do compartilhamento simbólico entre doentes e profissionais biomédicos, subentendendo um diálogo aberto e democrático da biomedicina e sua clínica com a sociedade.

Um tal diálogo, relativamente inexistente hoje, pressupõe uma generalização de mecanismos democráticos de decisão, análogos aos dos conselhos de saúde ou do poder judiciário – nos quais se atribui poder decisório a fóruns formados por pessoas comuns e em que os especialistas entram como peritos: devem dar sua opinião especializada mas não decidem.

Nesse sentido, Feyerabend surge como propositor de uma estratégia metodológica ímpar, dedicada a democratizar decisões sobre parâmetros e métodos em saúde-doença socialmente aceitáveis, hoje monopolizadas pela biociência e pelo complexo médico-hospitalar, supostamente reguladas por instituições estatais.¹²⁴ Desnecessário dizer que seriam “métodos”, no plural, dada a multiplicidade de culturas, saberes, práticas e valores ainda existentes.

Maturana, em complementação, seria um valioso aliado nessa campanha de democratização. Seu enfoque das bases biológicas do conhecer reforça a democrática participação das pessoas, cuja experiência deve sempre ser levada em conta na discussão dos saberes e práticas a serem considerados, desenvolvidos, priorizados.

Para Latour, as mudanças propostas e os desafios delas provenientes significam a construção de novas redes de práticas ou a flexibilização das redes de pesquisa biomédica existentes, e suas características apontadas vão no sentido de facilitar uma compreensão não-moderna do problema dos adoecimentos e curas. Em resumo, de construir uma biomedicina que se reconheça como uma tradição moderna sofisticada em saúde-doença. Essas mudanças, contribuiriam para uma lenta e progressiva não-modernidade e não-“beligerância” em saúde-doença, o que seria uma das chaves para intervenção responsável e eficaz no mundo contemporâneo, crucial nessa área pelo imperativo ético dos “curandeiros”, inclusive os modernos.

A metodologia na saúde coletiva.

Na saúde coletiva, a partir das idéias metodológicas poperianas e lakatosianas, só faltaria mais cientificidade nos padrões das ciências naturais e do racionalismo crítico. Pouco tenho a acrescentar ao que já disse antes a esse respeito.

¹²⁴ Vale comentar que o poder judiciário fornece exemplos de democratização e legitimação de decisões. Em que pesem as leis estabelecidas e a autoridade do juiz, os tribunais do júri delegam a representantes dos cidadãos decisões importantes sobre a vida dos infratores sociais. Talvez questões de saúde-doença pudessem ter suas decisões democratizadas de forma análoga. O que dificulta a consideração desse tipo de analogia é a Grande Divisão moderna entre o mundo da natureza e o mundo da sociedade. Se sobre o segundo mundo, os cidadãos devem decidir, sobre o primeiro, as ciências monopolizaram o poder de decisão. E os adoecimentos e seus tratamentos estão atrelados mais ao primeiro do que ao segundo mundo no imaginário moderno. No setor saúde, o exemplo promissor são os conselhos de saúde, já mencionados.

Considerando a perspectiva dos demais autores, as mudanças seriam profundas e imprevisíveis se fossem levadas à realidade das práticas suas contribuições.

A saúde coletiva, na sua face SUS, poderia ser considerada a instância mediadora, reguladora e organizadora da relação do coletivo com os “curandeiros” e as práticas em saúde-doença, tanto especializadas quanto disseminadas pelas gentes. Seria o fórum público das conversas e debates, das decisões coletivas, sobre o que se quer e o que não se quer preservar, multiplicar, oferecer como cuidado em saúde-doença. O que, de certa forma, ocorre em parte no Brasil via SUS.

Todavia, a saúde coletiva é filha da tradição biomédica, através do que Camargo Jr. (1992c) chamou de paradigma clínico-epidemiológico. Ou seja, ela adere e reflete a hegemonia social da biomedicina como medicina oficial, individual e coletiva.

A saúde coletiva poderia transformar-se num sentido filosófico-epistemológico e político: seria considerada instância de definições de regras e opções existenciais e políticas coletivas sobre cuidados em saúde-doença da população. Como propôs Feyerabend, assumir-se enquanto de natureza fundamentalmente estatal, ou, para desviar do linguajar moderno, de natureza multi-coletiva - englobando, com isso, um sentido múltiplo do ponto de vista cultural e epistemológico.

Particularmente a partir de Feyerabend, com sua crítica contundente à posição de poder reservada aos peritos e cientistas nas sociedades modernas,¹²⁵ especialistas de diversas tradições e posições sociais poderiam dar seus pareceres, para que instâncias deliberativas dos coletivos, seus chefes ou representantes tomassem as decisões.

As formas operatórias democráticas, as divisões de poderes e de responsabilidades não podem ser de antemão definidas. O que está em jogo, a partir de Feyerabend, é que o estado (a organização do coletivo) deixa de estar aderido à Ciência. Ela perde o monopólio simbólico e político. Ela deixa de ser o mito oficial. O estado passa a remeter-se aos homens, suas culturas e tradições, e não precisa erigir uma cultura única, um mito único a unificar e homogeneizar todo(s) o(s) coletivo(s). A perspectiva de não-modernizar o Estado e a sociedade, em saúde-doença, só pela diminuição do mecanismo de

¹²⁵ Feyerabend (1982).

externalização¹²⁶ dos prejuízos, preços e conseqüências da ação moderna, já seria defensável e desejável.

Seria temerário antecipar as metodologias resultantes desse processo na saúde coletiva. Elas podem, em princípio, acompanhar a direção geral das mudanças já apontadas anteriormente. Provavelmente, inclusive, haveria uma inversão de hierarquia: a saúde coletiva e seus fóruns deveriam, numa versão não-moderna, definir democraticamente certos parâmetros metodológicos social, ética e ecologicamente sustentáveis e aceitáveis. Alguns limites e regulações, normas mínimas e exigências culturais e sociais definidas pelos debate público e democrático, conforme tradições e valores do coletivo geral ou de subcoletivos particulares para si mesmos seriam estabelecidos. Quanto a isso, os epistemólogos e biocientistas poderiam dar sugestões e pareceres especializados, assim como outros especialistas, sendo que não seria recomendável deixar grande poder na sua mão. Pois que, no final das contas, são as pessoas comuns que sofrem as conseqüências.

As recomendações feyerabendianas são pluralistas: que todas as tradições (de cura, no nosso caso), enquanto houver nelas interessados, possam se desenvolver e progredir, com ajuda e proteção do estado (e não só a tradição científica).

Na sua face acadêmica, a saúde coletiva seguiria a direção acima, o que permite pensar que ela também deveria descolar da biociência como única referência epistemológica. Isso já ocorre em parte, pois as ciências humanas e sociais também estão presentes enquanto saberes orientadores da área, mas restritas ao seu lado da Grande Divisão moderna entre o mundo natural e social. A esse respeito, de um ponto de vista não moderno, pode-se considerar que o lado “natural”, associado aos aspectos “biológicos” do adoecer, não precisa estar monopolizado pela biociência enquanto referência de saber especializado. Pode-se pensar que a Grande Divisão não precisa imperar, abrindo espaço para que outras concepções sobre os adoecimentos possam contribuir.

¹²⁶ Quase já não há mais para onde externalizar os prejuízos: a crise social e ecológica se encarregaram de mostrar que fica tudo dentro do coletivo de humanos e não-humanos. Serres (1994), a esse respeito, é claro ao misturar o direito natural (que ficou a cargo da Ciência) com o direito social (a cargo do Direito) apagando as ilusões sobre a diferença entre os dois direitos. Propõe sua versão para um “contrato natural” a reorganizar as relações dos coletivos de humanos com os não-humanos.

Para não parecer muito especulativa a discussão, apresento um exemplo simples de um tipo de questão a ser administrada pela saúde coletiva, que hoje é raramente debatida. O exemplo é simples, acessível e fictício, embora baseado em fatos reais.

Trata-se de uma proposta de pesquisa e intervenção, um experimento coletivo, em saúde-doença de relevância epidemiológica: um projeto de tratamento e prevenção primária da dengue, surgida entre homeopatas e proposta à secretaria de saúde de um município de grande porte. Resumidamente, consistia em tratar preventivamente uma parcela da população contactante de casos de dengue, com remédios homeopáticos ¹²⁷.

Vale comentar que não há tratamento para a dengue na biomedicina, além das medidas de suporte vital nos casos em que elas são necessárias. Na lógica homeopática, se o tratamento preventivo tivesse sucesso, provavelmente muitos casos de dengue seriam suaves ou subclínicos, passando possivelmente despercebidos, com benefício para os pacientes. Numa situação de epidemia, em que os casos hemorrágicos são preocupantes, atenuar a gravidade dos adoecimentos seria valioso.

No entanto, seria possível um sanitarista da biociência cogitar que tal sucesso poderia significar subnotificação de casos, implicando em multiplicar os portadores “sãos” (subclínicos) do agente etiológico em residências não vasculhadas pelas equipes de vigilância, podendo ser um risco, pois, de expansão do vetor contaminado e assim da epidemia. Ou seja, no limite da lógica da vigilância epidemiológica, deseja-se que todos os casos de dengue sejam suficientemente evidentes clinicamente para que possam ser notificados, para que se possa tentar conter a expansão da epidemia.

Por outro lado, um homeopata poderia responder que caso a empresa tivesse sucesso, os portadores são seriam menos transmissores do que os doentes, haja visto sua melhor condição combater e restringir a multiplicação do agente etiológico e sua transmissibilidade. Como o biomédico não está acostumado a raciocinar levando em conta

¹²⁷ O experimento foi proposto à Secretaria Municipal de Campinas e foi executado parcialmente em um de seus Centros de Saúde na sua parte preventiva (pois lá não houve casos de doença conhecidos). Profissionais contactantes com áreas de risco receberam tratamento profilático homeopático. Projeto similar foi desenvolvido pela Associação Paulista de Homeopatia (APH) em 2002 (desconheço se foi levado a cabo em algum lugar).(vide APH, 2002).

e capacidade de saúde autóctone do hospedeiro, ele estranharia o argumento. Solicitaria prova de que o tratamento homeopático funcionaria (teria eficácia) e do modo projetado. Quer ter o controle dessa situação, dessa diminuição suposta da transmissibilidade, fenômeno até o momento de difícil mensuração e tipicamente incontrolável. Ora, a homeopatia não dispõe de literatura suficiente com experimentos registrados e analisados quanto à dengue, embora algumas atuações similares tenham sido registradas e com sucesso. Múltiplas questões estão aí envolvidas: o sanitarista biomédico pode, como é comum, não acreditar na eficácia da homeopatia, pois “cientificamente” isso é tema de debate atual inacabado. Ao mesmo tempo, quando se projeta crédito nela, quer-se ter o controle da situação, além de seu resultado poder divergir da lógica da desejabilidade do reconhecimento dos casos.

São duas tradições de cura dialogando. Seus saberes, técnicas e critérios são diferentes. Intermediar esse tipo de discussão, de modo a explorar ao máximo os possíveis benefícios de cada uma delas ou de outras, poderia ou deveria ser tarefa nobre da saúde coletiva. Quando as condições de aplicação de uma tradição de cura impede a aplicação da outra e bloqueia sua contribuição, o que está em jogo é uma decisão existencial, envolvendo valores, projetos e esperanças: essa decisão pode ser informada pelos saberes especializados das diferentes tradições, mas deve ser tomada pelos representantes do coletivo por si mesmos, assumindo os riscos e responsabilidades inerentes a esse tipo de decisão política e existencial.

Seria interesse do coletivo, pode-se pensar, uma experimentação do projeto proposto pelos homeopatas. Mas isso, como tudo, tem seu preço. E sua recusa idem: no mínimo, o preço da manutenção da ignorância social sobre a eficácia da homeopatia em situações de emergência coletiva como as epidemias, ainda que certos grupos de especialistas de uma tradição de cura - no caso, os homeopatas - pensem ter razoável segurança sobre o assunto.

O que ocorre hoje, e justifica a posição de Feyerabend, é que, se os especialistas homeopatas fossem “cientistas”, eles já teriam de antemão crédito e se lhes cobraria com menos rigor a comprovação para o coletivo (e não para os seus próprios pares) de seus saberes e técnicas. Essa comprovação, nesse caso, por sua vez, é facilitada pelo íntimo

contato que os sanitaristas mantêm com a biociência, pois essa já monopoliza o Estado enquanto referência de saber, detém nele posições de poder e conseguiu transformar o consenso interno aos cientistas em demonstração de veracidade social. Na mesma direção, age a formação cultural e técnica dos profissionais sanitaristas, dominada pela biociência (em parceria com as ciências sociais, dentro do acordo modernista que separa natureza e sociedade).

O exemplo é banal e real, mas permite ilustrar algo da democratização epistemológica e metodológica da saúde coletiva. Permite vislumbrar as dificuldades e desafios das propostas esboçadas.

A relação com a experiência

Refletir sobre a relação do saber com a experiência ou sobre a relação dos sujeitos e coletivos com ela é uma tarefa ampla demais. Como o objetivo aqui é uma reflexão sobre as contribuições dos autores estudados às práticas em saúde-doença, restrinjo-me a uma pequena discussão enfocando alguns problemas de uma certa versão da experiência científica, cuja socialização crescente na saúde, a partir da modernidade, é bem disseminada.

Um primeiro modo de abordar a experiência é resgatar o que discuti sobre a prática na introdução. Pois que “experiência” e “prática”, em certo sentido, são termos sinônimos. O que foi dito sobre a prática referia-se aos modernos, dentre os quais se inclui a biociência em geral.

A experiência científica é um tema multifacetado, que vale comentar ao menos por um ângulo crítico para a saúde: a disseminação da versão racionalista e positivista da relação com a experiência supostamente praticada pela biociência e pela biomedicina, em que a razão e o método acoplados permitiriam a produção de verdades “reais” e essenciais sobre a natureza, o mundo, o adoecimento, a cura.

Dentre nossos autores, podemos localizar Popper convergindo com essa perspectiva, pela qual a experiência que resulta em conhecimento confiável e seguro é a científica, supostamente controlada pela razão, pela crítica permanente e pelos testes (falsificatórios) que caracterizariam a ciência, segundo o autor.

O saber científico foi desligado, na sua formulação e expressão, de todo vestígio de contexto e história da experiência que o gerou. Também foram instituídos métodos de controle para isolar, controlar ou reduzir as conexões múltiplas dos fenômenos entre si. O laboratório foi inventado para ajudar nisso, mostrando-se historicamente como peça fundamental nesse processo.¹²⁸ Foi disciplinada a prática da manipulação de elementos não-humanos (da natureza) para que seu resultado fosse relativamente homogêneo e reproduzível. Todas as qualidades e ações humanas, exceto a razão controladora, foram supostamente expurgadas da narração da história da construção e uso do saber. Assim, a razão e seu filho predileto, o método, despontaram como se reinassem soberanos a governar o processo.

Desse modo, os modernos e os cientistas sentem-se membros privilegiados de uma instituição magnífica que produz verdades como ninguém. Em seguida, heróica, solitária e única, a própria Ciência as questiona, critica e substitui por outras melhores ainda.

Pode-se pensar, numa perspectiva crítica desse processo e de sua repercussão sócio-cultural, que isso, sob certos aspectos, esvaziou a vida dos coletivos modernos de riqueza epistemológica, de dignidade, de verdade, de auto-reflexão na relação com a prática, a experiência. Não precisaremos mais, nós mesmos, olhar para a nossa vida diária, nossos sucessos e fracassos terapêuticos, nossa experiência individual e coletiva para melhorá-la, para resolver os seus problemas, para tornar mais feliz e menos miserável o mundo, para minimizar as guerras, para transcender os sofrimentos. Milhares de cientistas já estão fazendo isso com uma competência imbatível. Desse modo, portanto, a ciência, como única referência social epistemológica, acaba tendo uma função exotérica alienante, empobrecedora e homogeneizadora da experiência nessa área.

¹²⁸ Para exemplificar a importância da socialização da experiência científica, é digno de nota o paralelo notável entre um laboratório científico e uma indústria. A indústria é um fenômeno sócio-técnico tido como protótipo de progresso e de modernização. Ela é semelhante a um grande laboratório, aliás, ela “é”, praticamente, um mega-laboratório, ampliado em escala e padronizado para reprodução de experimentos.

Injustiça!, diriam os modernos, ressaltando o lado positivo do processo. A ciência e a modernidade trouxeram espírito crítico para com dogmas e formas de dominação, enriqueceram a humanidade com saber e técnicas, permitiram a relativização de tradições e o questionamento de modos dogmáticos e tradicionais de agir e pensar, individual e coletivamente.

Sim, diriam os anti-modernos por convicção e Feyerabend por estratégia pedagógica, mas essa crítica nunca chega na própria ciência em termos sociais e culturais: de forma geral, ela é o novo mito, cuja excelência não pode ser questionada de fora. Ela é a tradição e o dogma do qual não conseguimos nos libertar agora, tanto que nem mesmo percebemos a prisão. Eis o sintoma e o sinal evidente do domínio do mito: a defesa que os modernos fazem da Ciência. Além disso, numa perspectiva política e social crítica, pode-se considerar que os modernos tendem a generalizar o usufruto dos progressos e suas benesses, escondendo o preço social, ecológico e vital dos mesmos, que gera massas de excluídos enquanto poucos grupos sociais usufruem da “era” da informação e dos benefícios do progresso.¹²⁹

Essa discussão não tem solução ou conclusão se pensada em termos gerais. É preciso, pois, especificar as situações, a posição nos círculos eso-exotéricos em que se dá a discussão, seus objetivos e contextos. Seria desejável assumir a responsabilidade, individual e coletivamente (uma postura não-moderna por excelência), de fazer a avaliação dos ganhos e perdas da modernidade sob vários ângulos, e resgatar de cada perspectiva, na área da saúde-doença, o que ela teria de melhor (como fez Latour em termos gerais, tratando da modernidade [2000]). Aqui não é o momento nem o local para essa grande empresa. Entretanto, ensaio algumas idéias nessa direção, incompletas, por certo, que podem indicar contribuições dos autores para os três ambientes de práticas.

¹²⁹ Há quem defenda que mesmo assim as alterações sociais advindas da revolução industrial e tecnológica são, no geral, amplamente compensatórias e desejáveis. E que, no futuro, o avanço tecnológico possa tornar prescindível a “exploração” de massas humanas para o sustento do mundo rico e de classe média. Não o sabemos, o desejamos, embora existam suspeitas de que pode não ser tão simples.

A relação com a experiência na pesquisa e no ensino em saúde.

Já comentei a versão racionalista crítica da relação com a experiência na produção do conhecimento científico. Ao enrijecer, matematizar, quantificar, descontextualizar e desumanizar o processo de construção do saber em saúde via metodologias derivadas das ciências naturais, construiu-se na saúde o paradigma biomecânico que - associado ao tipo de mundo social em que vivemos - induz a uma ação terapêutica biomédica de mesmo tipo (biomecânica ou bioquímica), gerando problemas na atenção biomédica à saúde.

Embora para uma minoria dos adoecimentos, essa ação possa ser maravilhosa e eficaz, incluindo aí muitas situações graves e de perigo mortal, para grande parte (ou a maior parte) da clínica, o poder compreensivo e curativo da biomedicina deixa a desejar. Quanto a isso, dessa perspectiva epistemológica, só resta mais pesquisa dentro do mesmo paradigma. Esse processo de retroalimentação da clínica para a pesquisa vai bem. Porém, vai mal para a clínica.

Nessa lógica, os adoecimentos são submetidos a experiências (ou experimentos) dirigidas por teorias implícitas, em testes de hipóteses, através de métodos estatísticos e laboratoriais que isolariam as hipóteses testadas e controlariam as variáveis intervenientes, numa lógica clássica e linear. Essa seria a única experiência que vale, científica, consubstanciada na metodologia dos ensaios clínicos controlados (para a validação da terapêutica) e na relação clínica-epidemiologia-disciplinas auxiliares (para a constituição das doenças e seus mecanismos). Tudo o que não se reduz ou não se encaixa nela é, então, aniquilado, ignorado ou excluído. Mesmo que seja o que incomoda o doente. Mesmo que constitua parte importante ou a maior parte do fenômeno “cru” do adoecimento.

Esse tipo de relação com a experiência cria uma alienação nos “curandeiros” biomédicos: todo o poder de aprender a partir da experiência está formalizado, institucionalizado e confinado entre paredes de laboratórios, homens de avental branco, ensaios clínicos e computadores.

O corolário epistemológico exotérico, em termos sociais e culturais, dessa relação com a experiência é que nas folgas dos cientistas e nos milênios, séculos, gerações ou décadas de prática “curandeirística” de outras tradições especializadas em saúde-doença ou outros “curandeiros” só é produzido senso comum. E o senso comum, por definição, é ilusório, superficial, supersticioso e ineficaz. Daí a necessidade dele ser enriquecido pela Ciência através da “segunda ruptura epistemológica”, de que fala Boaventura Santos (1982), a que retornarei no capítulo 3.

Na saúde, associado com outras forças poderosas, isso resultou em grande medicalização social, gerando a chamada iatrogenia cultural: a incapacidade progressiva de ação em saúde-doença pelas pessoas em seus coletivos de forma autônoma e autóctone, harmônica e relativamente eficaz - para os seus próprios termos.¹³⁰ Processo no qual estamos mergulhados. Daí a relevância da contribuição dos demais autores aqui estudados.

A partir de Kuhn e Fleck (que quase não entram na discussão das experiências), aprendemos que as experiências científicas em tempo “normal” e as outras de outros coletivos de pensamento, são norteadas por paradigmas e estilos de pensamento. Estes configuram-se como elementos essenciais para a compreensão do saber ali gerado e de sua relação com a experiência.

Já discuti que o mundo operado pelos paradigmas é um mundo especial, reduzido, diferente do mundo da experiência cotidiana. Isso permite uma compreensão e relativização das formas de experiência, pois os paradigmas se sucedem, mudando a natureza dos mundos por eles apreendidos ou co-produzidos. Tendo uma origem histórica, os paradigmas não têm um futuro certo, não se dirigem necessariamente para a verdade.¹³¹

Se experiência em saúde-doença vivida no cotidiano é uma, a experiência orientada por uma paradigma especializado estruturado e desenvolvido (como na biomedicina), por exemplo, é outra, diferente. A adoção da perspectiva kuhniana (ou fleckiana) permite, pois, uma terceira experiência que é a apreciação dos deslocamentos e

¹³⁰ Cf. Illich (1975). Uma síntese das idéias de Illich sobre a iatrogênese cultural encontra-se em Tesser (1999, cap.1).

¹³¹ Stengers (1979).

transformações que a redução paradigmática opera. Aqui está o ponto-chave: essa terceira experiência pressupõe relativizar o paradigma, significa a possibilidade de ir e vir entre o mundo “cru” e o reduzido, abre espaço para uma volta às coisas mesmas¹³², permite a possibilidade de retomar o mundo vivido na sua multiplicidade, dispersão, complexidade, no seu caráter misterioso.

Esse mundo da experiência vivida do adoecimento pode ser resgatado e eleito como referência quando o vai-e-vem entre o mundo “cru” e o reduzido apontar que o reduzido não está permitindo ação eficaz (sobre o primeiro ou em si mesmo). Assim a pesquisa pode sempre ser refundada. O paradigma e suas cegueiras podem ser tematizados. A pedagogia ainda precisa ser desenvolvida na saúde para a construção de estratégias de pesquisa e ensino com tamanho grau de relativização, que permitiria realizar o projeto feyerabendiano de, simultaneamente, ensinar o conhecimento e proteger do conhecimento.

A adoção dos conceitos de estilo de pensamento e paradigma como tema operatório da pedagogia e pesquisa em saúde-doença facilita a reintrodução e consideração das características dos adoecimentos e das pesquisas omitidas (aniquiladas) pelo positivismo biomédico, em parte pela metodologia, em parte pela retórica: os interesses, os projetos, os valores, as conexões múltiplas e interativas. Um exemplo de um valor pouco tematizado é o controle, considerado fundamental na pesquisa biomédica, nas experiências de pesquisa e de tratamento.

Segundo Fleck, cada estilo de pensamento modela a experiência de seu coletivo de um jeito diferente, e a eficácia depende do estilo. Isso faz com que processos, pesquisas ou tratamentos considerados eficazes e objetivos para uns sejam inadmissíveis, absurdos para outros. Sintetizando, as experiências podem ser diversas entre si e portar eficácias próprias.

Os Azande, tribo africana estudada por Evans-Pritchard (1978), tinham métodos oraculares para decidir sobre quase tudo na vida. O próprio autor reconheceu que a vida ali ia bem. A harmonia entre o estilo de pensamento e os resultados práticos na relação

¹³² Como queriam os fenomenologistas.

com o mundo e os outros eram satisfatórios para todos, até para o próprio pesquisador, como ele próprio admitiu. Cosmovisões, relações sociais, valores culturais, opções políticas e existenciais estão embutidas nos estilo de pensamento e nas experiências que ele permite e viabiliza, inclusive na saúde-doença.

Um trabalho ainda a ser feito é o de destrinçar esses aspectos para o caso da biomedicina. Grosseiramente, a experiência dessa medicina e sua pesquisa é modelada de acordo com projetos, concepções e cosmologias derivadas do paradigma biomecânico inspirado na física clássica. Dessa forma, a experiência é vista como meio de acesso e controle dos meandros da máquina humana. Seu resultado deve proporcionar um maior controle da mesma. O controle é padronizado pela reposição, conserto, interposição ou substituição de “peças” (moléculas, órgãos, sistemas, hormônios, enzimas, neurotransmissores, etc), através de “peças” artificiais produzidas para esse fim. A relação com a experiência é análoga a de um mecânico descobrindo como a máquina funciona. Depois, na aplicação do saber biomédico, a ação “curandeira” será análoga à do mecânico em ação reparadora, tanto no diagnóstico como na terapêutica.¹³³

Não espanta, pois, que essa medicina tenha relativamente pouco cuidado na transposição dos seus saberes e técnicas sobre o mundo reduzido para a ação nos adoecimentos reais “crus”: ela imagina mesmo que o mundo real é da mesma natureza do reduzido. Desse modo, ficam compreendidas a postura autoritária, fria e técnica sobre os objetos de trabalho e de pesquisa dos biomédicos, bem como a relação instrumental com sua própria experiência. Para que aprender com ela? A Ciência já está fazendo a decodificação da máquina, basta apenas seguir os algoritmos dos ensaios clínicos, detalhar o paradigma, estendendo-o aos detalhes mais ínfimos, continuar o processo de desenvolvimento “normal”.

Num ambiente assim, as cosmovisões de outras tradições especializadas e dos doentes, com as correlatas experiências de produção e aplicação de saber, estão, por definição, excluídas. Não geram controle e saber científico, estão fora do esquema.

¹³³ Tesser (1999, cap.2)

Aceitando os paradigmas e sua influência sobre as experiências, tem-se que, para discutir as experiências, necessita-se discutir os paradigmas (ou estilos de pensamento). Senão, recai-se na prática denunciada por Feyerabend de, ao confrontarmos duas experiências (práticas) de tipo distintos que não se encaixam, considerarmos uma delas inferior ou imperfeita, porque estamos usando unilateralmente os critérios da outra para a avaliação, sem analisá-los.¹³⁴

Como diria Fleck, os estilos de pensamento permitem experiências inconcebíveis para os estrangeiros. Uma cura milagrosa para os aborígenes pode ser trivial para os modernos e vice-versa.

Ainda a esse respeito, segundo Feyerabend, as tradições teóricas priorizam a teoria, o saber descolado da experiência, com *status* superior a ela. As tradições históricas priorizam o saber encarnado nas técnicas e práticas. Na saúde, devido aos diferentes projetos políticos (umas ambicionam o monopólio da objetividade, da verdade, da universalidade), ao modo distinto de falar (algumas nem falam ou falam muito pouco, mas agem a seu próprio modo), às diferenças entre saberes e práticas, uma comparação entre elas é difícil, mas pode ser fértil.

As idéias de Feyerabend estimulam o pluralismo metodológico que diversifica a experiência e reorganiza a relação com ela, ao valorizá-la tanto quanto a teoria. Estimula o ceticismo e o relativismo para com verdades e métodos que se querem únicos e se convertem em dogmas. Propõe pedagogia multicultural como fonte de crescimento da consciência do sujeito e de sua responsabilidade. A experiência, nessa perspectiva, é um potente agente pedagógico, e maior ainda se assumida como tal.

Nessa lógica, poder-se-ia incentivar que os adeptos de cada tradição pudessem se desenvolver e conviver com a outra para que a comparação e opção sejam possíveis. Para que a inter-influência mútua, a mestiçagem seja possível.¹³⁵

¹³⁴ Feyerabend (1982).

¹³⁵ Cf. Serres (1993, 1996).

Nesse particular, concordo com Feyerabend e Latour: a civilização significa antes uma mistura progressiva e um convívio complexo harmonioso entre tradições de humanos e não-humanos, em seus aspectos subjetivos e objetivos, do que uma separação entre o mundo objetivo e o subjetivo. Para isso, é mister conservar e incentivar as diversas experiências em saúde-doença.

Segundo Maturana, a experiência é tudo, o saber refere-se sempre a ela, é uma retradução dela. Ele é uma interpretação do viver e deve sempre explicitar essa relação. Para que consensos a respeito possam ser democraticamente construídos, os tipos de viver precisam conversar, se conhecer, trocar. Mas isso é um problema para os modernos. Eles consideram, em geral, o seu como o único modo correto de viver. Os outros, os pobres, os exóticos, os primitivos, eles estão “em desenvolvimento”. Ora, o saber derivado das experiências dos modernos “ricos” está ligado ao contexto e à vida deles. Para transportá-lo à distância, geográfica, cultural e social, ou ele deverá ser transformado ou acarretará anomias, conflitos, ineficácias, impasses. Uma melhor compreensão da relação dos saberes com as experiências, nesse sentido, seria útil para o universo da clínica e da saúde pública. Ou antes, seria necessário desaprender a separação entre o saber e a experiência, religar o que a constituição moderna separou com a ajuda da retórica, dos métodos e das práticas da ciência, reconhecer o que nunca deixou de ser ligado.

Como complemento, Latour nos mostra que o controle sobre a experiência é a base de padronização para formação da universalidade em rede da ciência. Os modernos têm um modo de falar da experiência (prática) que é sua transformação em teoria. A teoria separada da prática permite e estimula que, “por baixo dos panos”, a disputa pelo poder se dê à vontade e dirija as experiência e as práticas.

Assim, vinculada com todo tipo de gente e de prática (particularmente militares e comerciantes), a biociência logrou estabelecer uma rede global de práticas e experiências padronizadas, que encantam por seu poder de intervenção no estilo do programa televisivo “Emergência médica” ou “Fantástico”. Todavia, outras redes de práticas, menos padronizados, menos extensas e homogêneas, mais regionalizadas subsistem. Algumas delas estão, como espécies raras, ameaçadas de extinção. Uma revalorização das mesmas seria produtivo para enriquecer as relações com a experiência.

Dessas considerações, poderíamos retirar um lema a ser desenvolvido como campanha ecológica na saúde: salvem as medicinas exóticas. Os modernos ririam da campanha. Mas não deveriam. Pois se compreendessem seu espírito, saberiam que sua biomedicina também é uma medicina exótica.

Eis um dos ensinamentos de Latour e Feyerabend: nós, modernos, temos a nossa medicina local. Valiosa como as outras, limitada como as outras. Mais poderosa e perigosa, ao menos, pela sua ambição de controle, pela escala de seu tamanho, pela extensão global de sua rede de práticas, pela sua ambição exacerbada de monopólio social e institucional.

A concepção de Feyerabend permite e fundamenta o resgate da experiência cotidiana na produção do saber. Isso gera um relativo impasse institucional e político: a Ciência quer-se exatamente depurada de todo contexto. Não concebe que a experiência organizada de modo diverso da sua possa sofrer processo análogo de abstração de princípios gerais, discussão de metodologias, formulação de saberes abstratos, etc. Só que, possivelmente, serão outros princípios, ligados de modo diverso às práticas.

Por fim, inspirado em Latour (2000, p.129-143), posso fazer uma comparação rápida de algumas diferenças na prática e na iniciação ao “curandeirismo” moderno e pré-moderno, a partir de uma posição não-moderna. Ao fazer isso, recaio no preconceito moderno que generaliza e homogeneiza os pré-modernos. Os pré-modernos, embora tenham características em comum, não são todos iguais, muito pelo contrário. São bem heterogêneos (em relação aos modernos) e essa é uma de suas riquezas. Desse modo, o que segue exigiria especificações que não podem ser detalhadas agora.¹³⁶ Para viabilizar a discussão, em vez de falar “dos” pré-modernos poderia falar de “alguns” pré-modernos, mas soaria estranho e ficaria o vazio e o desejo de se especificar quais seriam eles. Para facilitar, manterei o uso da referência geral aos pré-modernos, mas enfatizando tal ressalva, que exige uma relativização dessa referência na leitura dos próximos parágrafos.

¹³⁶ Isso levaria a um mergulho no universo dos estudos e visões antropológicas sobre os exóticos e primitivos que desviaria por demais o enfoque. A antropologia, por sua vez, também padece das mazelas modernas, como observou Latour (2000). Mesmo assim, ela produziu saberes que vislumbram semelhanças nos pré-modernos, que poderiam sustentar algum grau de generalização e homogeneização dos mesmos. Esse detalhamento não é necessário aqui.

Na versão científica moderna, os saberes e práticas pré-modernos eram baseados na autoridade¹³⁷, e esse era o seu limite básico. A ciência seria a saída através do seu método e sua pedagogia racionais e críticos.

Numa versão não-moderna, a prática e a iniciação ficam mais complexas. Estabelecidos o primado dos paradigmas e estilos de pensamento, as relações entre os círculos eso-exotéricos, a dinâmica da ciência normal e a semelhança da iniciação científica com as outras iniciações, pode-se tentar esboçar um outro panorama da iniciação através de uma polarização didática entre modernos e pré-modernos.

Ambas são iniciações aos moldes tradicionais, mas diferem na retórica e nas práticas. Os pré-modernos assumem os aspectos históricos e tradicionais dos seus saberes e práticas junto com a autoridade adquirida tanto pela história quanto pela progressão esotérica dos mestres, dentro do estilo de pensamento respectivo, tornando o ensino explicitamente uma iniciação em uma tradição. Aí, a cosmologia, os métodos e os valores estão intimamente relacionados. Os métodos diluem-se na prática tradicional como o saber/fazer dela, sem se divorciarem de seus pressupostos e seus objetivos. Uma das características dessas iniciações pré-modernas ao “curandeirismo”, que nos dias de hoje pode ser considerada uma virtude, é que nelas a responsabilidade (histórica e pessoal) advinda tanto da autoridade, como da iniciação e da progressão para os núcleos esotéricos está aceita e assumida.

Os modernos e acadêmicos negam, na retórica, a sua própria história enquanto fonte de dignidade epistemológica. Negam, na retórica, a autoridade prévia e acumulada tanto historicamente como pessoalmente (pelos mestres que avançam em direção aos núcleos esotéricos do saber), projetando na ciência a fonte de legitimidade e autoridade (quer dizer, nos seus métodos e na razão supostamente abstraídos das vicissitudes humanas e sociais). Dessa forma, afastam a responsabilidade, histórica e pessoal, da posição adquirida pelo saber da tradição científica e pelas pessoas iniciadas e esotéricas nesse saber.

¹³⁷ Cf., por exemplo, Samaja (2000, 2000a).

Na prática, ambos trabalham com autoridade, com métodos coerentes com seus valores e estilos de pensamento, com iniciação tradicional. Mas os pré-modernos são mais ricos em cautela, cuidado e responsabilidade, e mais pobres em inovação e crítica. Os modernos diferem pela retórica e pela postura: afastam de si a responsabilidade e projetam a autoridade nos seus métodos. Ao mesmo tempo que acumularam poder colossal, transformaram e dominaram o mundo (a grosso modo), persistem obstinadamente lutando pelo poder em geral e o poder de controlar as coisas (e doenças) em particular.

Resultado: os pré-modernos trabalhavam com a dupla autoridade-responsabilidade, assumindo-as, integrando métodos com valores, objetivos e pressupostos, integrando saberes com práticas. Os modernos, no seu jeito ambíguo (na sua própria retórica), trabalhavam com o par razão(crítica)-método destacados de seu contexto, seus objetivos e seus pressupostos, separando teoria e prática, mas, “na prática”, isso se traduz em luta inesgotável pelo poder e controle, que deixa subliminarmente a autoridade sempre sob disputa e afasta a responsabilidade. Assim, os modernos agem, sem nunca assumir, em termos da dupla poder-irresponsabilidade. Na área da saúde, isso acarreta transtornos de dimensões epidêmicas. A pretensão de poder na saúde talvez seja difícil de ser realizada. Por mais que a ciência avance, a saúde parece escapar; novas e velhas doenças persistem assolando a todos. As doenças e os doentes não se comportam tão bem como as coisas.

Do ponto de vista epistemológico, pode-se reconhecer nos modernos uma fixação nos métodos de controle e na razão crítica, acoplados ao par poder-irresponsabilidade.

CARACTERÍSTICAS DO ENSINO (E PRÁTICA)	
PRÉ-MODERNOS	MODERNOS
Autoridade-responsabilidade (métodos-valores-objetivos- pressupostos conectados)	Razão – método (desconetados do resto) (Poder–irresponsabilidade)

Assumindo uma perspectiva não-moderna, pode-se propor a adoção das virtudes de ambos os tipos de ensino (e prática), e rejeitar ou minimizar seus defeitos. Dos pré-modernos, adotariamos a responsabilidade e a cautela, o senso de harmonia para com a autoridade e o mundo, o sentido de pertencimento a uma tradição e a responsabilidade de

manter e melhorar a tradição, sem trazer junto sua lentidão e apego às verdades instituídas, recusando, no entanto, perder o respeito pelo instituído. Dos modernos, adotariamos a crítica e a razão com alguns de seus métodos e sua capacidade de inovação, mas não seus valores predominantes e sua obsessiva luta pelo poder, nem seu aparente desprezo pelo instituído¹³⁸. Isso significaria uma perspectiva híbrida, mestiça, que poderia gerar alto poder “curandeirístico”. Uma aproximação respeitosa que ajudaria na transformação da pedagogia biomédica, assim como potencialmente de outras tradições em saúde-doença. Com isso a biomedicina, na sua relação com a experiência, poderia sofrer um impulso para novas direções no ensino e na prática.

A relação com a experiência na clínica

A versão positivista cientificista da biomedicina aproxima-se da MBE como referência universal para a prática clínica, reforçando a direção do fim da experiência clínica cotidiana como fonte de saber. Ou, mais precisamente: a clínica cotidiana é fonte valiosa de saber empírico e indícios. Só que ambos, para efeitos epistemológicos, se equivalem; e deverão ser transformados pelas metodologias e rituais consagrados no sistema biomédico de legitimação científica para produzirem saber “válido”. Desse modo foi com a AIDS. Ou seja, a clínica só pode ser fonte de indício para pesquisa científica. Um processo que raramente ocorre com a agilidade e a novidade da construção da AIDS.

O modelo de Lakatos permite explicar: devido ao império do núcleo duro do programa de pesquisa biomédico e à função do seu cinturão de segurança, a experiência clínica está presa na impossibilidade de fornecer *feed-back* para o saber e a pesquisa, pois é o mais exterior mecanismo desse cinturão.

¹³⁸ Posso ser acusado de um certo desprezo pelo instituído na biociência, devido ao tom crítico que permeia o texto. Isso não é só uma impressão: ela é justificada pela ênfase crítica deliberadamente assumida, necessária para questionar práticas e saberes problemáticos e comuns, e também pelos objetivos do estudo, que demandam centrar atenção nos aspectos problemáticos e desafiadores da prática. Infelizmente, essa impressão, para ser sanada, exigiria um elogio das qualidades e virtudes da biomedicina com especificações que desviariam a discussão. Mesmo assim, um desprezo pelo instituído permeia minha discussão. A proposta é que o deixemos de lado, relevando-o, em prol do que pode ser aproveitado dela.

Ou, através de Kuhn: o paradigma biomecânico determina a maior parte da clínica. Reduccionismo grosseiro torna-se possível pela redução do objeto e pela mudança do objetivo, que passa a ser tratar das doenças. Isso obscurece a função “curandeira” dos profissionais e instituições de saúde. Mas como a legitimação social da biomedicina é grande e de dimensão mitológica, o precário “curandeirismo” biomédico ambulatorial é compensado pela “inatacabilidade” do mito e pela identificação do mundo reduzido com “o” mundo “real”. Tudo que ficou de fora do mundo reduzido no fenômeno “cru” do adoecimento, do ponto de vista epistemológico, tornou-se resquício desprezível, sobra, excesso, falta, imaginação, somatização, etc. Daí a dificuldade da escuta e o conformismo com essa dificuldade, tão comuns na experiência clínica biomédica.

Entendendo-se a situação da clínica biomédica no contexto de produção e validação epistemológica do saber, a sua distância em termos de afinidade fenomenológica com o tipo de saber produzido cientificamente e a projeção de poder explicativo na instituição Ciência, compreende-se a assimetria das transformações cognitivas operadas na ida e volta dos saberes e fenômenos do mundo “cru” para o reduzido. Explico: a seleção, restrição, quantificação e despersonalização dos dados empíricos associadas com a purificação teórica e metodológica (estatística) realizada no ensaio clínico significam uma grande transformação e redução. Faz-se as contas e conclui-se por uma verdade. Essa verdade é garantida suficientemente, com margens de erro mais ou menos seguras, para aqueles dados reduzidos, congelados, matematicamente relacionados e para o universo por eles representado, supondo regras estatísticas de distribuição dos eventos especificados regendo tal universo.

No entanto, a biomedicina processa a transposição quase imediata dos resultados dos ensaios clínicos para aquele longínquo mundo “cru”, distante, diferente, onde regras, forças e fenômenos complexos interligados ocorrem, mas que o paradigma biomecânico reduziu. A passagem do reduzido ao “cru” é operada com mínima transformação no saber. Apenas, hoje, a comparação via metanálise é acrescentada. Eis uma grande assimetria quase nunca considerada. A biomedicina desenvolve técnicas relativamente detalhadas para a primeira transformação (fenômeno “cru” → ensaio clínico controlado) e não faz o mesmo para a segunda transformação (ensaio clínico controlado →

fenômeno “cru”), imensa, tão importante como a primeira ou mais ainda. Ela fica solta, imputada ao lado artístico e técnico da prática biomédica (“curandeirística”).

Pode-se argumentar que essa segunda transformação é de natureza diferente e deve ser treinada na própria clínica, envolve o treinamento prático e o ensino do raciocínio clínico (de novo a postura externalizadora das responsabilidades e consequências, típico dos modernos). A questão é que essa segunda transformação está ficando progressivamente mais resquicial, mais marginal, mais esquecida, menos sabida, os *experts* nisso estão em extinção.

Se o saber aí envolvido é um saber prático, uma sabedoria prática, típica de um “curandeiro”, é mister enfatizar que ela está sendo esquecida, em meio a superespecialização e à luta pelo poder desenfreado entre os especialistas internos e externos à biomedicina. De difícil abordagem, o tema foi praticamente externalizado do saber da biociência no fim do século XX. É praticado implicitamente, de um ou outro jeito, quase nunca tematizado¹³⁹. Isto é, do ponto de vista epistemológico, pode-se dizer que a biomedicina contemporânea despreza a experiência clínica em geral.¹⁴⁰

Assim, devido à grande transformação cognitiva que a biociência opera do fenômeno “cru” para o saber reduzido, sem correspondente transformação de volta, e devido à marginalidade desse problema para a biociência, pode-se entender, por um lado, os limites tecnológicos da clínica biomédica e, por outro lado, como os clínicos da biomedicina se relacionam com esses limites e com sua própria atividade clínica.

Além dos motivos mercadológicos, talvez principais, em meio à frustrações várias e pressões diversas, angustiantes e difíceis de resolver, há uma fuga da clínica na direção da especialidade médica, ambiente mais cientificizado, melhor remunerado e prestigiado, com menor espectro de ação, com maior institucionalização (já na cultura geral) da restrição e seleção dos fenômenos “crus”, com menor responsabilidade “curandeirística” global para com o adoecimento vivido.

¹³⁹ Vale comemorar uma exceção que chegou ao meu conhecimento: Kloetzel (1980, 1999).

¹⁴⁰ Nota-se com clareza esse processo nos estudos de Sayd (1998) e Dalmaso (1991, 1998).

As pressões mencionadas são as já conhecidas: os pacientes querem ser curados de tudo com um comprimido ou injeção, querem fazer exames para objetivar seus sofrimentos. O saber biomédico, ao mesmo tempo, induz a medicalização e é pobre em poder compreensivo e explicativo para grande parte dos fenômenos “crus” de adoecimento, que insistem em aparecer. Os sintomáticos são poderosos por um lado e ineficazes por outro. Sua eficácia é momentânea, geram dependência e alienação, além de iatrogenia clínica. Os profissionais atribuem aos doentes a obsessão por tratamento e exames, uma vez que não conseguem reconhecer muitos aspectos dos adoecimentos como legítimos, pois a redução paradigmática biomédica não consegue operar sobre eles. Também não conseguem integrar as doenças diagnosticadas num todo. Com isso, rompe-se, freqüentemente, a confiança mútua, pilar fundamental da relação de cura. Os biomédicos e os pacientes (estes posteriormente) passam a desconfiar uns dos outros.¹⁴¹

A própria cientificização da medicina, como já indicou Camargo Jr. (2003), ensina essa desconfiança como uma forma crítica de iniciar e levar a cabo a redução paradigmática na semiologia biomédica, que busca a doença. Como essa redução é precária em boa parte das vezes, a negação simples dos dados empíricos não redutíveis ao paradigma ou ao estilo de pensamento é uma saída, como descreveram Kuhn e Fleck. Se essa negação é sistemática, fica automática e inconsciente. Induz a desconfiança mútua e a culpabilização dos doentes, ou sua “psiquiatrização”. Gera-se uma epidemia de neuróticos e psicossomáticos. E até classificações de doenças pelo negativo, quando tais sintomas se avolumam e se impõe: não seria a fibromialgia, por exemplo, a sobra de certas dores crônicas não interpretáveis de outra forma? Essa é outra das saídas típicas para resolver problemas persistentes de redução paradigmática: criam-se interpretações (doenças) *ad hoc*.

¹⁴¹ É relevante registrar um fenômeno observado na prática clínica, que descrevo como uma ilustração de um desenvolvimento cultural deste processo. Na clínica ambulatorial, os doentes cada vez mais falam em termos médicos, suas narrativas biopatográficas esvaziam-se de sintomas “crus” e ficam repletas de termos técnicos, diagnósticos e nomes de exames complementares, o que vem tornando progressivamente mais difícil a realização de uma anamnese satisfatória. A comunicação fica travada e os pacientes necessitam repetidas explicações e retornos ao início da história para entender que podem e devem falar sobre seus padecimentos pelas suas próprias palavras, concepções, percepções e emoções. Interpreto isso, para além de um exemplo da medicalização social, como uma estratégia de resgatar a confiança e a atenção dos biomédicos por parte dos doentes: tentar ser ouvido, buscar ser reconhecido, acreditado, falando uma língua inteligível aos “curandeiros”.

A relação com a experiência na biomedicina vai ficando instrumental e repetitiva, mecânica, controlada ou restrita pelo pólo formal-institucional de validação de saber e prática biomédico, pela cultura geral (progressivamente medicalizada) e pelo ideário paradigmático científico dominante (biomecânico).

Pensando a partir de Fleck, a experiência biomédica está ligada, modelada e direcionada pelo seu estilo de pensamento geral (assim como pequenos estilos ou sub-estilos modelam a experiência em áreas dessa medicina, como as especialidades). As características discutidas até aqui de forma crítica parecem ser, em vários aspectos, inerentes ao estilo de pensamento biomédico, o que realça a dificuldade para resolução dos problemas dessa medicina.

Por outro lado, Feyerabend revaloriza e prioriza a experiência clínica por si mesma e valoriza as tradições clínicas empíricas (ou históricas), cuja eficácia comparada está por se esclarecer e estudar. Sugere a intencional variação e diversificação das experiências, buscando aumentar o aprendizado, o poder de relativizar e a consciência crítica.¹⁴² A experiência das tradições clínicas, todas em princípio, pode ser investigada em si mesma e detém, por hipótese, uma eficácia terapêutica dentro de seu contexto e estilo de pensamento. Ela poderia ajudar, como um parâmetro externo, uma referência exterior, um “outro”, no reconhecimento e ampliação dos modos de experiência em saúde-doença oficiais (desde que se tolere a existência dos “outros”).

A relação com a experiência na saúde coletiva

A dependência para com a história local, e a diversidade dessa história na saúde coletiva, em que pese o avanço do SUS, dificulta uma reflexão geral sobre o tema da experiência. Dado o espectro de experiências e inovações recentes, tanto institucionais e políticas como em termos de mudanças nos modelos de estruturação da atenção à saúde ambulatorial, como por exemplo o PSF, parece difícil localizar elementos típicos. Isso é multiplicado à “enésima” potência ao se considerar a multiplicidade das experiências em

¹⁴² Isso aparece explicitamente com relação à medicina, em Feyerabend (1982, 1991).

saúde-doença espalhadas na vida social, na cultura e nas redes de apoio social¹⁴³, bem como nas práticas autônomas e de especialistas sociais não-científicos na área.

Na sua face SUS, a saúde coletiva vive uma tensão entre duas tendências relativamente divergentes: os que assumem a responsabilidade ética, política e institucional de tomar decisões e eleger prioridades baseados em múltiplas fontes, percepções e atores, e os tecnocratas ou cientificistas, tendentes a pensar em termos de decisões embasadas em informações científicizadas. Esse segundo pólo de tensão exhibe o argumento da objetividade, confiabilidade e precisão da informação científica, que teria um *status* institucional superior, reforçaria a “objetividade” e evitaria vieses da percepção empírica. Como lado negativo, essa tendência pode induzir a uma despolitização das questões, pois desvia a discussão política para a confecção dos instrumentos de pesquisa e de levantamento de dados, quase sempre realizados a poucas mãos, e projeta no mecanismo científico de produção de saber uma autoridade e um poder exagerados. Além disso, confina as discussões e decisões a especialistas em cargos de poder, restringindo a eles o aprendizado delas decorrente.

O primeiro pólo também apresenta suas mazelas e perigos: decisões baseadas em avaliações equivocadas, mesmo que bem intencionadas, possível centralização de decisões na autoridade política, perigo de opacidade dos objetivos das decisões tomadas, etc. Porém, quando esquemas de tomada de decisão colegiada em fóruns participativos são viabilizados, essa tendência pode significar democratização e aprendizado político-institucional relevantes e desejáveis.

A partir das idéias poperianas de racionalização da ação social e da política, pode-se inferir delas uma tendência tecnocrática, se aplicadas na saúde coletiva. Um perigo desta tendência, quando forte, é o aumento da cegueira da área que dificulta seu contato com a experiência real da vida civil, social, institucional e política; pois tende a sobrevalorizar os dados científicizados sobre essa experiência e sucumbir à inércia institucional e burocrática do setor público. O próprio SUS aponta para a associação dessas tendências, até com certa prioridade para a primeira, através dos Conselhos de Saúde e

¹⁴³ Vide Valla (1998, 1999), Lacerda e Valla (2003).

mecanismos de co-gestão colegiada, e a maior parte das experiências recentes de gestão apontam nessa direção.¹⁴⁴

No entanto, algumas questões derivadas das idéias de Kuhn e Fleck podem ser objetos de investigação e trabalho na área, mais na sua vertente acadêmica. Pensar, por exemplo, nos estilos de pensamento da saúde coletiva. Haveria alguns estilos estruturados? Paradigmas em vigor que dirigem a experiência na área? Quais suas características? Isso poderia ser um objeto para investigação.

Algumas práticas no SUS destacam-se nesse sentido. Ressalto duas como exemplo: a criação e maturação dos Conselhos de Saúde e a gestão participativa dos serviços, por um lado. E, por outro lado, a ação da vigilância epidemiológica.

Os conselhos de saúde detêm o potencial de introduzir o olhar da população na administração pública e consequentemente gerar uma nova via de legitimação e estabilização de estruturas organizacionais locais, ao mesmo tempo que transcender as barreiras e tendências corporativistas dos profissionais de saúde. Nem menciono a função fiscalizadora e limitadora dos desmandos políticos e administrativos do poder executivo. Isso permite a construção de fóruns sociais, sabedorias e competências para gerenciamento e decisão da coisa pública na saúde, consistindo num inédito processo de reconstrução da democracia social, institucional e política. A consequência é uma pluralidade de situações político-institucionais que geram um crescimento diferenciado e abundante nos vários locais e regiões do país. Uma rica e variada experiência está se desenvolvendo nesse aspecto no Brasil, e a relação com ela, talvez por estar relativamente desobstruída pela abertura política e institucional do SUS em sua regulamentação democratizante, tem sido variada, fértil e promissora.

De modo diverso, a vigilância epidemiológica, núcleo de universalização, comparação e intervenção na experiência coletiva de adoecimento pelos padrões científicos, embora restrita às doenças infecciosas e às endemias, busca tecer no SUS uma rede padronizada de práticas de orientação bem centralizada, com caráter tecnocrático. Não se pergunta às mães se querem vacinar seus filhos. Busca-se convencê-las e mesmo coagi-

¹⁴⁴ Vasta literatura recente defende e discute a democratização política participativa do setor saúde no Estado brasileiro. Quase não há divergência nesse ponto. Dispensio aqui discussões e referências sobre isso.

las por todos os meios. Muitas vezes, até por imperativo de lei e contrangimentos institucionais, notadamente obrigatórios para os pobres. O que quero enfatizar é a centralidade tecnocrática das decisões nessa área. Apenas os sanitaristas (que tem formação científica) e cientistas em posições de poder são ouvidos.

Isso deve ser ainda mais científicizado se pensarmos nas propostas poperianas. Mas poderia (ou deveria) ser democratizado se pensarmos nas idéias dos demais autores. Se Popper e Lakatos defenderiam a científicização da saúde coletiva, os demais teceriam considerandos cautelosos: que tipo de relação social, de legitimação social, de organização de redes de práticas, de interesses culturais, de valores sociais e morais, os coletivos envolvidos prezam, defendem, já praticam, querem preservar, necessitam? Que tipo de “curandeirismo” e “preventivismo” social se pretende? As repostas a essas perguntas e as decisões baseadas nessas repostas, que interferirão no tipo de operação de uma saúde coletiva possível, podem ter muitos conteúdos. São repostas existenciais e políticas, não científicas ou objetivas. Refletirão as experiências dos grupos e redes sociais dos coletivos em questão e suas lideranças ou representações, suas expectativas, suas crenças, seus valores e interesses.

Nessa lógica, a relação com a experiência na saúde coletiva institucional poderia ser múltipla. Poderia refletir, legitimar e fomentar experiências tanto institucionais como sociais e civis, induzindo, aliás, uma maior interação entre elas. Poderia construir um reconhecimento dessas experiências múltiplas na sociedade - que ainda o são - , sem necessariamente ter que submetê-las ao crivo científico, embora a biociência possa sempre dar contribuições relevantes e muitas vezes cruciais em muitas questões.

Para materializar essa discussão, um exemplo de eficácia e efetividade intertradicional sincrética em saúde coletiva pode ser encontrado numa experiência de relação do SUS com as parteiras tradicionais do Estado do Amapá (vide Jucá & Moulin (orgs.), 2002). Projeto iniciado em 1995 por iniciativa do poder público estadual, envolve o reconhecimento, a legitimação e o enriquecimento do trabalho das parteiras do Estado, que

realizam grande parte dos partos do estado nos domicílios com alto padrão de “humanização” do parto.¹⁴⁵

As parteiras, antes dispersas pelo vasto território do Amapá, foram reconhecidas, auxiliadas em sua organização, receberam treinamento obstétrico especificamente adaptado para congregar seu saber tradicional e suas práticas (40% delas são indígenas¹⁴⁶) com o saber científico, organizou-se um *kit* de parto para uso domiciliar. Vale ressaltar que o Estado do Amapá é o campeão de partos normais no Brasil (88%), com o menor índice de cesarianas do país (12%); é o 4º estado com maior cobertura de pré-natal e o 2º com menor coeficiente de mortalidade infantil.¹⁴⁷ Há material suficiente para formular a hipótese de que há correlação entre o trabalho desenvolvido pelas parteiras tradicionais e a taxa de mortalidade infantil e o percentual de cesáreas.¹⁴⁸

Que significa isso? Que antes de implantar regras e modelos (científicos) importados de alhures importa valorizar as experiências em saúde-doença existentes nos coletivos e suas tradições e assumir a responsabilidade e o risco de administrá-las da melhor forma possível, confrontando, valorizando, dialogando e enriquecendo a tradições existentes entre si – e a ciência aí entra quase sempre como uma delas.

O próprio SUS já consagrou em seu texto, desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, norma geral de incorporação aos serviços de saúde de medicinas tradicionais, populares, autóctones, praticadas e/ou respeitadas pela população. Embora pouco operacionalizada no SUS e na saúde coletiva, essa diretriz caminha no sentido do reconhecimento e assunção das experiências tradicionais não-científicas, institucionalizadas

¹⁴⁵ Não pude obter informação atualizada sobre a proporção dos partos realizados pelas parteiras do Amapá em relação ao total de partos naquele Estado, nem sobre a atual situação desse projeto na gestão loco-regional. Em Jucá & Moulin (orgs.)(2002, p.75) encontra-se que “nas áreas rurais e regiões Norte e Nordeste, a porcentagem de partos assistidos por um médico cai para valores em torno de 55%, aumentando a representatividade de enfermeiras e parteiras (cerca de 40%), o que está de acordo com a elevado proporção de partos domiciliares existentes nessas áreas”. No Amapá, de 1995 a 2001, haviam sido cadastradas e treinadas aproximadamente 1300 parteiras (idem, p.25 e 99). “O projeto (...) exigiu que se criasse um sistema de acompanhamento, para registro de partos feitos por parteiras que dependem de uma ação conjunta das instâncias de poder federal, estadual e municipal”(ibidem, p.24). O projeto, “desde o início de sua implantação, foi rechaçado por ginecologistas e obstetras do Estado” (ibidem, p.23).

¹⁴⁶ Jucá & Moulin (orgs.)(2002, p. 13).

¹⁴⁷ Idem (p.91).

¹⁴⁸ Ibidem (p.11).

ou não, em saúde. Em princípio, sendo referidas aos costumes, cosmovisões, valores e estilos de pensamento das populações ou de “curandeiros”, elas podem ser fomentadas e oferecidas por si só, dependendo apenas da decisão e legitimação política e social em cada caso. Por adesão à tradição da biociência, via de regra, a saúde coletiva e o SUS pensam em termos de complementariedade, pesquisa ou experimentação institucional para legitimação. Mas isso deve-se ao monopólio cultural sobre a instituição, derivado da tecnocracia e da hegemonia da biociência. Não haveria, a princípio, motivo (nem epistemológico) para tal.

A verdade

Como tratar de alguém sem considerar que o será feito contém verdade, será eficaz, funcionará? O que funciona e é verdadeiro, para nossa cultura acadêmica, é científico. Esse é o nosso senso comum. Para a ciência e os cientistas, encontrar verdades é o desafio e a suprema missão. O que eles fazem produz verdades. A história (hagiográfica) da biomedicina, as vacinas, os antibióticos e o forno de microondas o comprovam. O fato de haver falhas, imperfeições e ignorâncias, de talvez o microondas poder fazer algum mal ou as vacinas terem conseqüências adversas, não contradiz a asserção anterior; aliás, é estímulo para mais produção de saber, nas mesmas orientações e métodos.

Há aqui um imbróglio político e epistemológico. Não perderei tempo com o primeiro: coloco a minha pitada de contribuição para as mudanças políticas. O segundo, o imbróglio epistemológico, é o mais problemático, pois faz parte do primeiro e é difícil de elucidar. Contribuir para seu entendimento é um dos objetivos deste trabalho. Discuto o assunto refletindo sobre a verdade na saúde e sua relação conosco. Terei que filosofar um pouco, mas sem entrar na discussão filosófica sobre a verdade nos termos dessa disciplina, o que desviaria do rumo. A idéia é agir como um detetive que busca pistas para entender como agimos (nós, cientistas e biomédicos).

Uma pista importante nesse sentido, que pode ser também princípio ético e terapêutico geral na saúde, é que a cura está vinculada a uma pessoa doente. Tudo começa com o adoecer das pessoas e seus sofrimentos. Esse vínculo deve ser o princípio, o fim e o meio. Ele deve escrutinar os métodos, os saberes e as tecnologias, de um ponto de vista da prática.

Uma segunda pista é que a cura diz sempre respeito a um aumento do bem estar e do grau de liberdade vivida do indivíduo¹⁴⁹, ou de um aumento do poder de instituir normas vitais¹⁵⁰, ainda que considerada em termos de coeficiente de cura ou graus de cura, temporária ou parcial.

Uma terceira pista é a transformação da primeira pista pela biomedicina: a pessoa doente, traduzida no modo de pensar científico, metamorfoseia-se na doença. Há aí um sutil e importante processo: a tradução científica da pessoa doente a transforma em alguém portador de uma doença, para, em seguida, começar a desfocar da primeira (a pessoa) para focalizar na segunda (a doença), que cresce em importância e ameaça monopolizar a atenção¹⁵¹.

Há ainda uma quarta pista: a terapêutica, um mediador entre a pessoa e a liberdade, em outros termos, uma ação intermediária fruto do saber/fazer do terapeuta com a participação do doente.

Uma quinta pista é o procedimento adotado pela ciência na sua busca de objetividade e controle. É a padronização e objetivação das doenças e sintomas, com a aceitação de que sua eliminação ou controle está implicada na cura. Isto é, houve uma troca nos termos finais dos fins da terapêutica, no que diz respeito ao saber científico: a maior liberdade vivida caracteriza-se objetivamente pela ausência da doença (no modelo ideal e operacionalmente, supõe-se). Portanto, todo o proceder do terapeuta tende a ser dominado pela padronização operacional e científica das doenças, que seria um instrumento indireto de eficaz intermediação entre o doente e o terapeuta no rumo da cura.

Frente a uma pessoa doente, buscando aumentar sua liberdade (restrita pela doença), o terapeuta presta atenção em certos aspectos dessa pessoa para caracterizar a doença (o mal, a causa da restrição da liberdade) e dedica-se, então, a combatê-la, sendo sua eliminação ou controle a cura ou o tratamento, respectivamente. Dessa forma, transformaram-se quase convencionalmente, por uma operação epistemológica, a doença e

¹⁴⁹ Cf. Illich (1975), Nogueira (1996).

¹⁵⁰ Cf. Canguilhem (1978).

¹⁵¹ Cf. Camargo Jr. (2003). Almeida Fº (1992), Mendes Gonçalves (1994), Tesser (1999).

a cura. De um jeito todo específico, a biociência construiu seus métodos de produção de saber sobre a doença e de testagem e validação dos meios de cura (terapêutica), sempre se pautando pela busca da verdade, tendo, desde o século XX, as definições e re-definições operacionais de doença como centro aglutinador de objetividade e universalidade a orientar o processo.

Como vários autores já demonstraram, diminuíram drasticamente as discussões teóricas sobre as doenças na biomedicina na passagem do século XIX para o XX, quando à noção de localização da doença no corpo nascida da anátomo-patologia se associou a descoberta dos microorganismos por Pasteur (com a tese do monomorfismo dos germes ganhando hegemonia), até constituírem-se as duas no cerne das definições das doenças infecciosas, e essa concepção ontológico-localista e mecânico-causal se expandir para todo o universo das doenças dos humanos¹⁵². “Com a identificação do micróbio, a tese da especificidade da doença saiu do terreno da abstração para o campo objetivo do agente causal. A aparente contradição, na concepção da doença, entre as teorias fisiopatológica e microbiana, expressa, por exemplo, no debate Claude Bernard *versus* Pasteur, acabou superada pelo movimento maior da medicina - a constituição do ente doença.”¹⁵³

A verdade foi lentamente sendo transformada ao longo do processo. No início, ela estava enraizada no adoecer humano, na limitação de liberdade, no sofrimento vivido pelo doente, na sua busca de ajuda e, finalmente, na relação de maior ou menor sucesso da terapêutica realizada na direção da cura (aumento da liberdade). Existem aí dois tipos de verdade cruciais que interessam mais do ponto de vista da missão social e ética do “curandeiro” e dos pacientes, ou seja, do ponto de vista da prática: verdade da efetivação da cura (aumento da liberdade) da pessoa e a verdade do vínculo da terapêutica com a cura (ou prevenção) - se a terapêutica aplicada realmente ajudou ou foi a responsável pela cura (ou prevenção).

Note-se que passo ao largo, desvio conscientemente da avaliação das verdades dos diagnósticos, posto que estou assumindo a possibilidade de várias versões diagnósticas para o mesmo adoecimento, assumindo a possibilidade, conforme Fleck, Kuhn e

¹⁵² Almeida (1996); Sayd (1998), Dalmaso (1991)..

¹⁵³ Almeida (1996, p.66).

Feyerabend, de que mais de uma razão, mais de um estilo de pensamento, possam construir interpretações dos adoecimentos com sentidos coerentes e permitam intervenção “curandeira” de diferentes formas. Avaliação, comparação, julgamento, hierarquização sobre as verdades contidas nesses diagnósticos, intervenções terapêuticas e suas eficácias não podem ser feitas de antemão. Contribuir para a possibilidade de realização desse trabalho comparativo e investigativo de forma simétrica é um dos objetivos deste texto. Mas voltemos às verdades.

No fim do processo de cientificação da medicina - ainda em curso -, há igualmente dois tipos de “verdades”, agora científicas, correspondentes àquelas do início do processo, porém transformadas. A verdade da cura da pessoa virou cura (ausência) da doença cientificamente definida. A verdade sobre a terapêutica ter sido responsável pela cura manteve-se, só que expandida e atrelada ao coletivo dos doentes dessa doença. Isso é exigido pela legitimação epidemiológica e expressa-se de forma padronizada como associação estatística que se quer “depuradora” do efeito placebo e comparadora entre duas situações de evolução clínica *dos critérios operacionais de definição da cura ou melhora da doença ou dos sintomas* (remédio x placebo; remédio x remédio, remédio x nada), no que consistem os ensaios clínicos.

Essa dupla transformação, operada pela institucionalização da biomedicina como medicina oficial, facilitou um processo de esvaziamento da dignidade e da responsabilidade epistemológica e ética, na prática e implicitamente (não no discurso), no cotidiano vivido dos profissionais. O que merece ênfase é o afastamento da legitimação epistemológica *in loco*, no cotidiano da clínica. Essa alienação induz os profissionais a remeterem-se à instituição e a seus saberes, cujas tecnologias derivadas devem operar eficazmente sempre, dada a cientificidade, objetividade e universalidade supostas do saber, na versão epistemológica dominante.

Tal exteriorização da competência epistemológica induz a uma desconfiança, a uma dependência e a uma desresponsabilização do “curandeiro” biomédico e, *a posteriori*, via exoterização do saber e medicalização social, dos doentes. Ambos passam a necessitar progressivamente de validação científica para suas vivências, práticas e saberes. Ambos começam a desconfiar do que sentem, vivem, conjecturam, percebem. O biomédico,

especificamente, por ter sido educado numa tradição que pensa monopolizar a verdade essencial sobre as doenças, o corpo e a saúde, vê-se em maus lençóis. Começa a acreditar nos doentes enquanto sua nosologia consegue interpretar o quadro de adoecimento “cru” e nele intervir, e aí tende a encerrar-se sua responsabilidade.

Em síntese, esse processo de construção social e epistemológica institucionalizada das verdades diagnósticas (monopolizado pela biomedicina - clínica, epidemiologia e disciplinas auxiliares) e terapêuticas (monopolizado pelos ensaios clínicos controlados e pelas indústrias farmacêuticas) constituiu-se em processo de relativa alienação ética e desresponsabilização social pela missão “curandeira” por parte dos biomédicos. (Claro está que tal processo é um em meio a vários de naturezas diversas, que confluem para o resultado problemático indicado. Cabe ressaltar que há uma articulação coerente entre os determinantes “externos” e a lógica “interna” da prática biomédica na sustentação desse processo¹⁵⁴).

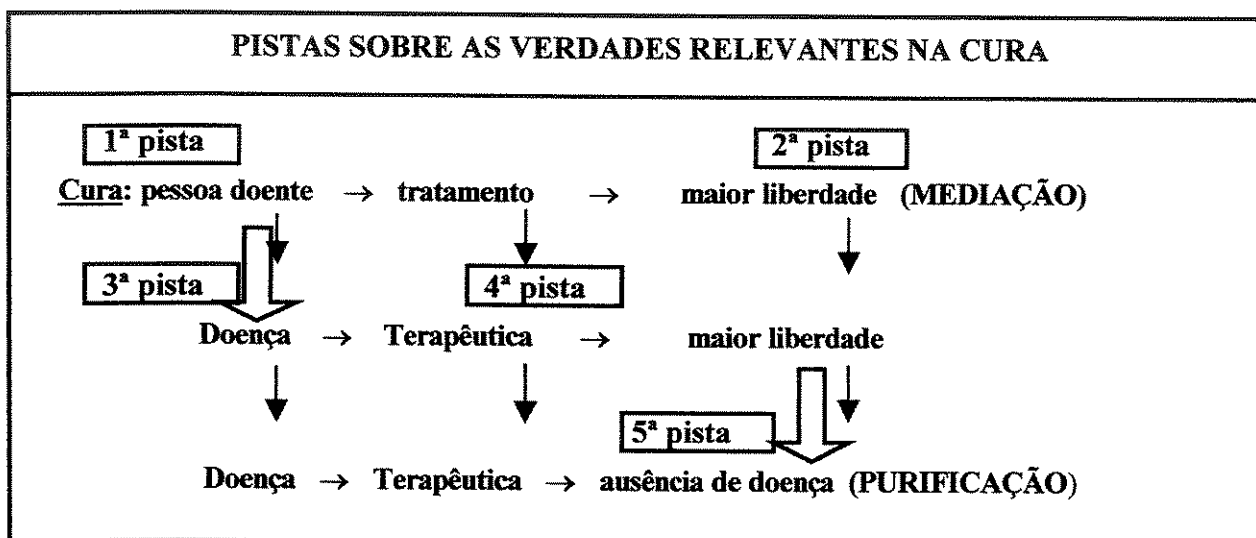
Isso reforça que a definição operacional de doença é a âncora, o eixo, a categoria ao redor da qual se organizou a cientificização da clínica e da pesquisa biomédica como a conhecemos hoje. Tal organização pode ter sido feita no pressuposto de que se estava atacando a *essência* do problema, na boa tradição teórica da ciência clássica. Apesar de suspeitas, indícios e certo mal-estar gerais, não há uma percepção coletiva instituída de que os modelos e concepções biomecânicos que orientam a pesquisa biomédica possam estar sendo fonte de distanciamento entre o resultado esperado (a cura da pessoa) e a cura da doença cientificamente definida, ou mesmo entre os objetivos já restritos (cura das doenças) e os resultados terapêuticos: pouca coisa se cura para além das infecções, único tipo de doenças em que se fala cientificamente de cura sem mal-estar.

A verdade, assim, passando a operar no universo das categorias, critérios técnicos e teórico-operacionais das definições de doenças e dos ensaios clínicos controlados, continua a existir e imperar, mas começa a descolar-se da vida vivida do doente e a afastar-se do cotidiano dos terapeutas, sendo metamorfoseada por uma tradição médica que a pensa em termos de objetividade do quadro mórbido reduzido (sintomas e

¹⁵⁴ Camargo Jr. (2003, p.135).

sinais que possibilitam o enquadramento diagnóstico) que permite a cura ou controle (terapêutico) a ser estabelecido. O paciente pode melhorar ou piorar com certo grau de independência dos critérios e definições biomédicos, mas a verdade científica opera dentro dos parâmetros instituídos e assim está sempre preservada.

O primeiro tipo de verdades cruciais - vínculo da terapêutica com a cura - será somente revelado pelos grandes estudos estatísticos padronizados longínquos da experiência clínica. Toda distância entre evolução da vida vivida do doente (“sua” doença) e a evolução clínica esperada dos parâmetros de doença (o que em outro escrito chamei de “doença do médico”¹⁵⁵) passa, desse modo, a ser não-objetiva, subjetiva, “inapreensível”. Isso pode se resumir nos quadros abaixo.



VERDADES – MOMENTOS CRÍTICOS	
Adoecimento vivido e tratamento (Trabalho de mediação)	Doença e terapêutica na ciência (Trabalho de purificação)
☐ Efetivação da cura vivida ☐ Vinculação do tratamento à cura	☐ Efetivação da cura da doença ☐ Associação entre terapêutica e cura da doença + depuração do efeito placebo + comparação com nada + comparação com outra terapêutica.

¹⁵⁵ Tesser et al. (1998).

Para o doente e, pode-se dizer, para a medicina em geral, antes de pensarmos em termos científicos, está posta a missão maior da cura “crua” e do cuidado. Nesse sentido, é defensável uma precedência do primeiro tipo de verdades “cruas” a ser buscado. A verdade de segundo tipo, sobre as específicas relações da terapêutica com a cura (uma relação causal ou de outro tipo qualquer), só se coloca uma vez estabelecido o primado da primeira verdade: é a cura que buscamos. Se podemos explicar porque deu-se a cura, melhor.

A própria biomedicina não tem clareza quanto a esse aspecto, ou tem uma postura ambígua moderna, já que ora o assume (aprovando terapêuticas sem a correlata explicação fisiopatológica, apenas com o apoio de correlações estatísticas, revelando seu lado empírico agora enrijecido pelos modelos de validação estatísticos), ora o afasta, como o faz com o efeito placebo. No entanto, o importante dessa discussão é o primado e o apego à missão maior de curar a pessoa. É importante notar que nessa missão o aspecto da cura que se busca não é o formal, senão o vivido: é a eficácia, o funcionamento da cura que se busca, sua presença vivida e compartilhada.

Entretanto, a biomedicina, no seu saber e, progressivamente, na sua prática, parece ter tomado para si outro tipo de prioridade: na busca de cientificização da cura, trocou o doente pela doença, e trocou a ordem de precedência das verdades “cruas” ao instituir suas verdades “científicas”, talvez também pelo medo da mentira ou ilusão e pela crença moderna na elucidação de tudo. Da busca inicial da cura “crua” do doente, optou pela busca da cura comprovada, comparada, “objetiva”, metodologizada da doença por uma terapêutica *estandardizada*. Em resumo, trocou a cura desregulada e não controlada de muitos doentes pela ambição de cura controlada de muitas doenças, ou seu controle. Mais ainda: apostou que o caminho para a primeira só poderia ser a segunda.

Não se trata de propor o abandono desse caminho. Sendo ele limitado e parcial, pode-se pensar em transformá-lo, melhorá-lo. Em três sentidos principais: primeiro, num aspecto quase psicoterapêutico. Atenuar as ilusões de controle, objetividade e submissão dos pacientes que a biomedicina vive. Com isso, flexibilizar seu modo de controle, no sentido de que o saber terapêutico não descole dos indivíduos doentes nem pressuponha sua submissão. Segundo, ajudar a criar saber que tranqüilize o terapeuta, possibilite maior

liberdade teórico-metodológica e maior aproximação para com o universo vivido do doente, para facilitar o resgate, a centralidade do primeiro tipo de verdade como objetivo: a verdade da presença da cura vivida (ou do aumento de liberdade). Terceiro, contribuir para o diagnóstico e a recuperação do processo em curso de alienação ética, epistemológica e social da missão de cura dos “curandeiros” biomédicos. Através disso, por consequência, uma reconstrução da competência ética, epistemológica e metodológica poderia ser iniciada, disseminada, assumindo-se como relativamente heterogênea, que poderia enriquecer as possibilidades práticas de aplicação e testes de terapêuticas diversas (tanto cientificizado como cotidiano, empírico).

Dito de outro modo, trata-se de atenuar a obsessão pela cura cientificizada da doença, sem deixar de buscar objetivá-la, porém ligando-a à evolução global do doente (ou ressignificando o que seja a cura cientificizada). E colocar em primeiro plano, reaprender e reensinar a missão de cura dos adoecimentos “crus”. A primeira cura (“crua”), espera-se, deve acompanhar segunda (cientificizada), mas isso nem sempre acontece. A primeira pode ser subproduto da segunda, assim como vice-versa. A primeira pode nada ter a ver com a segunda. Se são muito diferentes, então que se busque a cura das duas, juntas e separadas. O “x” da questão é que a doença “crua” deve ter precedência em geral.¹⁵⁶ A verdade vivida do doente deve ter precedência, mesmo que isso custe muito.

O argumento que autoriza a arriscar é aquele segundo o qual o custo da verdade científica também é grande, o risco é semelhante: a diferença está na sensação de proteção institucional, epistemológica e psicológica, que embota a percepção dele. Essa proteção é real, mas tem um preço: o coeficiente de eficácia “curandeirística” ou terapêutica em geral (do profissional) é inversamente proporcional à prática da medicina defensiva.¹⁵⁷ Ou, traduzindo, a capacidade de curar tende a ser inversamente proporcional à mentalidade protocolar (prática burocrática) de se ater às normas técnicas institucionais (científicas),

¹⁵⁶ A meu ver, exceções devem ser tratadas como exceções, mesmo que relativamente frequentes, ao menos no momento atual, como objetivo tático e estratégico frente ao panorama vigente.

¹⁵⁷ O tamanho, a hegemonia e a permanente luta por ela, o mito do progresso e do controle vividos pela tradição biomédica, certamente contribuem para disseminar a prática da medicina defensiva e para torná-la perniciosa. É uma herança moderna, epistemológica e cultural herdada da filiação da biomedicina à Ciência, que cabe reconhecer, administrar e transformar, como estratégia de melhorar o “curandeirismo” biomédico.

porque estas consomem e monopolizam a atenção do profissional, prendem essa atenção na grade nosológica biomédica, induzem o afastamento da sua atenção do adoecimento “cru”, diminuindo a acurácia, embotando a percepção, a sensibilidade, a intuição e o raciocínio clínico. Doutra parte, o costume, o conhecimento e a prática prévios da administração dos riscos e efeitos adversos conhecidos das técnicas biomédicas fazem-nos parecer menores e menos perigosos; bem como seu manejo, já regrado, exime o “curandeiro” da assunção de riscos e construção de cumplicidade e co-responsabilidade com os doentes nesse sentido.

Associar a proteção institucional-política-epistemológica-psicológica oferecida pela ciência e pela corporação médica à aventura de ser “curandeiro” pode ser defendido por princípio ético e pelo usufruto prático dos resultados obtidos por quem fez a opção (mais ou menos intencionalmente). Trata-se de uma opção ligada ao “curandeirismo” de qualquer cultura e à legitimidade social do mesmo, hoje substituída pelos rituais de iniciação na cultura científica. Antes de falar de cura, a ciência fala em verdades. Desvia para si toda a capacidade desse discurso, busca monopolizá-lo. Uma vez conquistado o suposto monopólio, deve mantê-lo e ampliá-lo. Depois fala da cura. Essa é a seqüência pedagógica de qualquer curso profissionalizante de vertente científica, particularmente o curso médico.¹⁵⁸

A pré-proposta aqui anunciada, baseada nos autores estudados, é dupla: multiplicar as verdades, por um lado, relativizando-as, complexificando-as e tornando mais difícil sua determinação final. Por outro lado, subordiná-las ao princípio ético da cura do adoecimento “cru”, missão primeira de qualquer “curandeiro”.

Voltando um pouco a uma velha questão, antecipo-me a um argumento comum com relação ao problema das condições externas do exercício da arte médica: concordo que o contexto institucional, econômico e gerencial do exercício profissional em saúde impõe constrangimentos aos “curandeiros” biomédicos. Contudo, meu foco é que o saber e a verdade e nossa relação com eles encontram-se envolvidos nesses constrangimentos também.

¹⁵⁸ Essa seqüência é tipicamente exemplificada pelos ciclos básico, pré-clínico e clínico, do currículo médico flexneriano, ainda majoritário no Brasil, em que o “curandeirismo” é efetivamente iniciado nos últimos anos da formação, após o iniciante ter aprendido as “verdades” sobre a saúde e a doença.

Pode-se considerar como hipótese, a partir dessa discussão, que há um descolamento epistemológico e filosófico (e da ordem dos valores) entre os objetivos da ação em saúde e os saberes legitimados para informar essa ação, bem como sua construção. Esse deslocamento ou espaço pouco visível, esse não-lugar, merece mais atenção do que simplesmente acreditar ou não na progressiva descoberta da verdade pela Biociência, que permitirá o controle e cura das doenças vividas.

Talvez não seja absurdo considerar que seria melhor atenuar a obsessão pelo controle, seja da doença, seja do doente, seja da ação do terapeuta.¹⁵⁹ Não se trata de acabar com ele, apenas que a obsessão pelo controle é contraprodutiva: seu excesso gera mentalidade burocrática, agressividade política, alienação epistemológica e desresponsabilização ética; além de atrofiar outras formas de orientação, aprendizado, vivência e percepção menos rígidas, mais criativas, mais solidárias, mais humildes.

Além disso, pode-se pensar que, para tratar da vida em crise ou doente (a vida, a coisa mais incontrolável, que sempre resiste, escapa e surpreende), o controle não deveria ser um valor tão rigidamente adotado e operado. Se a vida, a saúde e o adoecimento são complexos, a intervenção e a pesquisa sobre eles poderiam se pautar por saberes e métodos mais complexos e menos controlados, talvez com melhores ou equivalentes resultados. Dessa forma, por exemplo, poderíamos imaginar um ensaio clínico em que o efeito placebo ao invés de ser excluído e purificado – como na metodologia “duplo-cego-aleatório”, da abordagem metódica da avaliação de eficácia - fosse incluído pelo protocolo, como propõe, de certa forma, a perspectiva dos ensaios clínicos pragmáticos.¹⁶⁰

¹⁵⁹ Fala-se cada vez mais de controle das doenças. Supõe-se que o controle das doenças implicaria num aumento de liberdade, num maior coeficiente de cura. Poder-se-ia, a partir da discussão precedente, questionar se o controle da doença não induz ou permite o controle da pessoa e uma diminuição de sua liberdade (que seria, talvez, compensada pela suposta diminuição dos riscos). Merece menção, aqui, uma interpretação da doença que a vê não como o fator limitante da liberdade, mas como a tentativa precária (desequilibrada) de reorganização e ou adaptação da vida, ou como sinal de alarme da necessidade dessa reorganização. Nesse sentido, a busca do controle da doença poderia significar a busca da permanência de um modo de viver em crise, que exige e necessita mudança.

¹⁶⁰ Sobre os ensaios clínicos pragmáticos vide tópico sobre a demarcação na clínica e Kaptchuk et al.(2001)

Eis uma característica do enfoque aqui pretendido: notar que a ciência não acaba, não se prejudica necessariamente renunciando ao monopólio da ação sobre a cura, a saúde, a doença (ou, mais propriamente, à ilusão de ter o monopólio dessa ação). Ela pode se enriquecer quando é usada para a cura. E também quando associada ao que não é ela para a cura. E pode não perder nada, aliás, até crescer, quando é evitada para a cura.

Reconheço que a renúncia ao controle da natureza ou a renúncia a essa ilusão ou sensação de controle, seja pedir demais à biociência e aos biomédicos. Isso faz parte da sua história e da sua tradição, por isso é fonte inesgotável de problemas para ela e para os doentes. Devo amenizar esse pedido. Trata-se de flexibilizar o que se enrijeceu obsessivamente - misturado com atávicas lutas políticas e ambições de poder -, resgatando a tendência saudável, cética e ética ali envolvidas.

Logo, sugiro, a partir dos autores estudados, uma retomada da tolerância, da cautela e da responsabilidade, movimento muito dificultado pelo arranjo moderno, descrito por Latour, entre teoria e prática. Na prática, ao menos, sugiro considerar a possível necessidade de discussão e construção de consenso a respeito de alguns problemas acima mencionados. Na direção de uma flexibilidade para consigo mesma, seus praticantes e a sociedade: que os cientistas sigam na rota atual da busca de domínio, mas tolerem que a sociedade resolva para onde levar a atenção à saúde. E que alguns de seus pares possam seguir outro caminho, atuar de modo diverso, seja na geração do conhecimento, seja na relação com o mesmo e seus usos (na modificação do seu caráter).

Agora posso sintetizar rapidamente o que meus autores de referência têm a dizer.

A verdade no ensino e na pesquisa em saúde

Já comentei acima alguns problemas e situações da consideração sobre a verdade e sua institucionalização na tradição biomédica atual.

Pensando a partir de Popper, apenas mais institucionalização, formalismo, matematização, rigor lógico e racionalismo crítico aplicados aos métodos e teorias da biomedicina iriam melhorar a situação. Isso significa assumir a aposta moderna que joga

suas forças no projeto de separação total entre fatos e fetiches, entre objetividades e subjetividades. A ciência executa e avalia esse processo, é a melhor tradição e deve monopolizar a cena, como já vem parcialmente fazendo. O resto é credice ou apenas indício para pesquisa científica futura. Desnecessário comentar que os problemas e conseqüências do que já foi feito nessa direção, discutidos acima, desaconselham a aposta ilimitada nessa vertente dita 'dura' da biociência, aos moldes das ciências naturais, na pesquisa em saúde. De todo modo, como isso é o que já está sendo feito hegemonicamente, registro minhas conclusões provisórias e passo aos demais autores. Antes porém, vale ressaltar que o diálogo e o encontro com as ciências humanas e sociais seria uma estratégia moderada e fértil, desde que assumido do ponto de vista prático, não só teórico. Particularmente a antropologia seria rica parceira para relativizar o mundo biomédico com outros mundos ainda existentes na área da saúde.

De Lakatos, o que pode ser resgatado parece-me ser a noção de núcleo dogmático dos programas de pesquisa, útil para fins pedagógicos como já exemplifiquei, e para fins de estudo de medicinas diferentes, com as adaptações e restrições necessárias. Desse modelo lakatosiano pode-se concluir que, por trás de toda verdade produzida num programa de pesquisa científico, está um sistema entretecido de dogmas inquestionáveis de dentro do programa.

A relação inexorável das verdades com os paradigmas, estilos de pensamentos e tradições já foi aqui largamente utilizada (Kuhn, Fleck e Feyerabend). Desnecessário estender-me nela. Ela é uma das contribuições fundamentais na relativização e democratização epistemológica da nova epistemologia. Esses autores trazem uma renovação das relações entre saberes e práticas, que, com Latour, passam a ser reconectadas em redes sociais, culturais e políticas. A verdade nessas redes é muito mais e muito menos que a pura descrição do que existe da realidade. Tanto mito como recurso político, tanto eficácia como obscurantismo, conforme o ponto vista, o interesse, o modo de uso, o ambiente. Tanto esclarecida como obscurecida pelos métodos vários. A verdade é uma força de várias naturezas juntas: social, política ética, moral, epistemológica, psicológica, tecnológica, etc.

Maturana diria que a verdade está ligada ao observador e existem tantas verdades quantos mundos puderem ser trazidos à tona pela experiência dos observadores em suas tradições e paradigmas. Essa relativização sugere que uma estratégia importante é o apego à conexão com os critérios éticos, humanos e sociais compartilhados com os doentes, em harmonia com as tradições de cura e com os pacientes, direcionadas primordialmente pela necessidade de cura, pela missão “curandeira”.

As conseqüências para a pesquisa e a pedagogia da saúde são tão vastas como imprevisíveis: limito-me a mencionar que a relativização geral, no sentido do relativismo relativo proposto por Latour, é uma direção principal. Assim como a referenciação e tematização dos estilos de pensamentos. O que permitiria um tipo de pesquisas hoje quase impensável: comparações de verdades de naturezas diferentes, que poderiam ser comensuradas pelos adoecimentos “crus” globais dos pacientes, única referência de análise obrigatória por princípio ético, que permite, metodologicamente, unificar e comparar verdades díspares que pressupõem mundos díspares, fisiologias diversas, forças distintas atuando na saúde-doença do ser humano.

A verdade na clínica

A verdade para Popper é o que sobrevive ao teste falseador, hoje viabilizado pelas metodologias em vigor (ensaios clínicos controlados). O que não resiste ou não pode ser testado por elas está, pois, eliminado do jogo. A MBE deve nos salvar da precariedade científica da prática biomédica e do obscurantismo residual de tempos pré-científicos no mundo. Dentro dessa lógica, no futuro toda clínica derivada da biociência será baseada em evidências.

Kuhn, Fleck e Feyerabend complementarizam e tornariam mais complexa essa afirmação, dizendo que toda evidência depende do estilo de pensamento, do paradigma ou da tradição (respectivamente) que a reconhece, ou desconhece. Eis a grande e pequena revolução. Se com Popper a verdade científica é, momentaneamente, inelutável, todos os doentes estão condenados por toda vida à cronicidade se portadores de doenças crônicas, à resignação e à palição se portadores de doenças sem tratamento eficaz, à dependência institucional e medicamentosa vitalícia se tiverem qualquer uma das doenças controláveis

que não são poucas (as que sobram excluídas as infecciosas e as que se curam sozinhas). Eis aqui uma explicação epistemológica para o fato tão comum do “desengano” dos pacientes pelos biomédicos. Uma vez que a verdade científica é a melhor, não há escapatória, o veredicto está feito. Sua dor nas costas ou nas juntas é osteoartrose: incurável. Seu reumatismo é incurável: acostume-se com a palição farmacológica e seus efeitos colaterais.

Ora, se a verdade de um estilo está ligada a ele, e se pode haver, como já houvera no passado, existem no presente e poderão existir no futuro, outros estilos de pensamento, não caberia, em geral e a princípio, o “desengano”: os biomédicos estariam aliviados desse fardo (ou dessa “saída”), e os pacientes livrar-se-iam do peso de uma profecia muitas vezes auto-realizadora.

Outra saída consistiria simplesmente em falar sobre isso com os pacientes. Ao invés de fechar seu destino e empurrá-los para um luto terrível (o luto da perda da esperança da cura, ou da melhora, ou de mais liberdade), os biomédicos somente precisam assumir que sua medicina não sabe como curar aquele paciente - o fato clínico “cru”. Assim, ao invés de acabar com uma jornada em resignação, desesperança e dependência, os doentes serão remetidos para outra jornada, difícil, por certo, mas nem mais nem menos desejável que a jornada pela biomedicina: terão alta por incompetência biomédica. Serão encaminhados para quaisquer de tantos outros “curandeiros” presentes, que coexistem silenciosamente com a biociência (até dentro dela nas suas margens), ou para outro profissional biomédico julgado mais competente, se for o caso.

Os valores, preferências, possibilidades e crenças dos doentes ajudarão a guiá-lo. Os biomédicos, dispondo-se a acompanhá-los como parceiros, descobririam, possivelmente, que suas verdades são apenas uma possibilidade. E poderiam descobrir, também, que os “curandeiros” extra-científicos são muitos, mas dentre eles, existem os sérios e competentes, como dentre os biomédicos. Mas a isso voltarei ao tratar de valores, pois a humildade não parece ser um valor prezado nessa medicina.

Em todo caso, pode-se afirmar que a perspectiva de um monopólio da verdade pela biociência é indutora tanto da dificuldade de reconhecer a limitação do estilo de pensamento da tradição como um todo quanto do profissional individualmente. A ambição de poder e a arrogância elevadas ao *status* de realidade social, já que a ciência é a produtora das verdades, têm efeitos pedagógicos coerentes: os profissionais aprendem a sentir-se permeados pelo poder, desobrigados de humildade e de análise de seus limites, onipotentes e oniscientes. Desse modo, pode ser compreendida epistemologicamente a equação triste e corriqueira que ocorre nos ambulatórios das especialidades médicas: se não sei ou não sabemos (a biomedicina não sabe) curar sua doença, ela não tem cura.

Feyerabend e Latour vêm ajudar no trato desse problema desmontando ilusões. A disputa pela verdade na clínica está recheada e constituída por outros fatores: busca de poder, interesses comerciais, retórica, pragmatismo, corporativismo, política. Mas, diria Feyerabend, naquela parcela de esforço legítimo e real, existente na biomedicina, de desvendar verdades úteis para a cura, a tradição teórica hegemônica parece ter invertido a ordem “entre os carros e os bois”: em vez de priorizar os adoecimentos vividos e curas compartilhadas com os doentes no “varejo”, produzindo saber adaptado para esse fim, a biomedicina desviou-se para uma comprovação institucional científica de verdades, universais e no “atacado”. Essa medicina desenvolveu-se no século XX como se pensasse que, resolvendo o problema formal (científico) de todas doenças, estaria resolvendo o problema real dos muitos doentes do “varejo”. Assim, não é inadmissível afirmar que o interesse pela verdade científica na biociência quase que compete com a busca da melhora do doente, justamente por se considerar que esta só pode e deve passar por aquela.

Assumir a realidade e a possibilidade do manejo dos estilos de pensamento (ou paradigmas) aumenta, para o profissional, a visibilidade da precariedade e dos limites das verdades teóricas e seus desdobramentos práticos, pois vincula as mesmas aos estilos (ou paradigmas) respectivos. E ajuda a aceitar, a reconhecer e, talvez mesmo, para os curiosos, aprender outras verdades, que só têm sentido em outros estilos de pensamentos, úteis para o processo de cura, possivelmente verazes.

Pensando a partir de Maturana, pode-se considerar que a relação de cura estabelecida em qualquer clínica é uma coordenação de comportamentos que visa a ampliação do espectro de condutas possíveis do doente, em síntese, mais liberdade. Nesse sentido, o linguajar típico no qual os humanos estão submersos tem uma função crucial, assim como o resto do proceder dos “curandeiros” (embora alguns “curandeiros” e tradições desviem desse universo de condutas - a linguagem falada - enfatizando outros tipo de coordenação de condutas). A verdade é uma retradução de situações vividas que reordena condutas e o próprio linguajar, é construída na interação - embora essa não comece do zero, já que os universos do pensar e linguajar dos sujeitos envolvidos já estejam antes relativamente estruturados, lembrando sempre que um dos lados está em crise, relativamente aberto para reorganização: o doente.¹⁶¹

Ora, as verdades aí são co-construídas, dependem do ouvinte, o que implica na necessidade de um espaço relativamente amplo para sua participação, para a interação do universo trazido pelo doente (em crise relativa) com o do “curandeiro”. Essa perspectiva democrática de Maturana, baseada na emoção que possibilita o convívio e o próprio linguajar (segundo o autor), na clínica, significa o desafio de construir, a cada novo doente e a cada novo encontro doente-curador, uma nova verdade comum. Eis que a epistemologia reinante na biomedicina dificulta conceber o que significa isso, ou, se restrita pela ética, induz ao desvio da questão, através da tolerância da diferença como estratégia para viabilizar a submissão, para aumentar a aderência: pois a verdade será estabelecida pela ciência, e, por definição, qualquer um de fora dela é incompetente para discuti-la, apreciá-la, julgá-la - quanto mais o paciente. De que adianta dialogar mais se o diagnóstico já está feito? Isso não mudará essencialmente o diagnóstico e a conduta. Só para melhorar ou viabilizar a adesão.¹⁶² Mas a idéia, pensando por Maturana, é que isso mude algo do diagnóstico e muito da conduta de ambos, traga para o cotidiano essa responsabilidade, ajudando a relativizar e diminuir a alienação do poder e a responsabilidade sobre a cura - projetadas na Ciência.

¹⁶¹ Tesser (1999, cap.3).

¹⁶² Um autor que levou esse tipo de raciocínio ao extremo foi Clavreul (1983), para quem a clínica biomédica é uma relação entre a doença e a instituição biomédica. Atenuado esse extremismo, vale resgatar o que de “verdade” está denotado pelo autor, que tentei expressar acima, falando da tendência de alienação epistemológica e ética presentes nela.

Uma das contribuições no tema das verdades à clínica, à saúde coletiva, à pesquisa e à pedagogia é que a filosofia subjacente à direção apontada pelos autores da nova epistemologia recusa-se a julgar as verdades, estabelecer de antemão os critérios para julgamentos epistemológicos, induzindo, desse modo, que os sujeitos e coletivos tenham que se posicionar e reposicionar no cotidiano das práticas, aumentando sua liberdade e sua responsabilidade. Isso é crucial na saúde, pois a terapêutica necessita de decisões e julgamentos para acontecer.¹⁶³ Essa é a postura oposta à perspectiva epistemológica em geral, que pretende estabelecer previamente e unilateralmente as regras do jogo.

Num ambiente em que o projeto e a missão essencial é a cura, em outros termos, a ação cuidadora ampliadora da liberdade e a produção de saber para esse fim, essa proposta constitui-se em valiosa contribuição, implicando em profundas mudanças no modo de ser e agir em saúde-doença biomédicos. Ou, noutra linguagem, contribui para mudanças profundas na subjetividade dos “curandeiros” oficiais, no seu relacionamento com as verdades e as responsabilidades para construí-las e legitimá-las.

Baseado em Latour, pode-se considerar que a assimetria moderna entre a teoria e a prática (que funciona priorizando e viabilizando a primeira, e obscurecendo a segunda), a assimetria entre a noção moderna de fato e artefato (ou fetiche, o primeiro purificado do segundo, que é supostamente eliminado de forma progressiva pelo avanço da ciência), a posição social e o modo psico-cultural-cognitivo dominante envolvido na percepção das verdades científicas, a forma de produção e os circuitos vitais sócio-técnicos que alimentam, amarram e são amarrados por essas verdades e os mitos em torno delas atrapalham a clínica. Seria preciso, talvez, reconstruir uma cultura não-moderna, uma Ciência não-moderna da cura (distinta da ciência das doenças), ou, ao menos, transformar o estilo de pensamento biomédico para reabilitar os “curandeiros” oficiais, para que eles possam se beneficiar ao máximo da prática e da teoria, do fato e do fetiche, do “mecanismo de ação” e do “efeito placebo”.

¹⁶³ Talvez seja dessa recusa em pretender a posição que julga que alguns autores falem quando falam do fim da epistemologia, lembrando que se há uma pontada de desalento neste diagnóstico, ele pode ser considerado como sendo, relativamente, na saúde, uma boa notícia, na medida que traz para mais perto de todos a responsabilidade compartilhada e democratizada de julgar.

A verdade na saúde coletiva.

A saúde coletiva está em permanente tensão quanto à verdade, pois encontra-se sempre espremida entre impasses, necessidades e projetos quase impossíveis, herdados da cultura moderna. Caudatária das verdades da clínica, carrega em si o peso desse universo de doenças entificadas que precisa tratar, prevenir, curar ou controlar no coletivo, em todas as pessoas, na sociedade. Ela precisa produzir verdades gerais, que terão a função complexa de orientar decisões importantes para o coletivo. E também ajudar numa auto-reflexão e reordenação de práticas sociais em saúde, ao menos as estatais e ou públicas.

Por outro lado, a saúde coletiva tem uma dupla identidade: é uma instituição nacional descentralizada, confundindo-se com o SUS, e é uma área acadêmica. Nesta segunda identidade, há uma interdisciplinaridade saudável, que mistura referenciais de saber e tradições das ciências humanas e da biomedicina. A coexistência desses referenciais muito distintos tem sido possível em relativa paz devido à divisão moderna por excelência descrita por Latour: a Grande Divisão entre o mundo da natureza e o mundo da sociedade. Assim, a saúde coletiva e a saúde do coletivo são loteadas entre as ciências da natureza (biomedicina e biociência) e as ciências sociais ou humanas. Nessa divisão, por exemplo, a antropologia e a sociologia da saúde podem estar presentes mas não falam sobre a “natureza biológica” das doenças, pois ela é patrimônio protegido pelas ciências duras.

Não posso desenvolver aqui a grande contribuição de Latour a esse respeito aplicada à área, apenas deixo a sugestão: está para ser desenvolvida a saúde coletiva não-moderna, na qual todos poderão falar de todos, e serão ouvidos. Todos os sujeitos, objetos e quase-objetos terão histórias para serem contadas, relações de poder para serem analisadas, culturas para seres etnografadas, estruturas e mecanismos de funcionamento para serem explicados. Nesse particular, as doenças ganharão história, em que se transformarão, como os homens, as técnicas e os objetos “naturais” (esses antes privatizados pelas ciências naturais). Serão estudadas na sua desconhecida ação de construção de sujeitos, culturas, redes sociais. A ilusão poderosa do desencantamento do mundo deixará lugar para o reconhecimento de que o mundo está mais e mais encantado, embora sempre de forma

diversa, e cada vez mais cheio de híbridos e quase-objetos.¹⁶⁴ As consequências para as verdades da saúde coletiva serão provavelmente relevantes.

Isso tornaria possível uma flexibilização da estrutura teórica (ou de categorias, pelo menos) que organiza grandes áreas da saúde coletiva, tanto nos serviços como na academia: a classificação científica das doenças. Ou facilitaria a mudança no nosso relacionamento com essa classificação. Talvez outras classificações, advindas de outras ciências ou de outras tradições, possam nascer, reorganizar, lançar novas luzes sobre a saúde coletiva. Mas isso é para mais do que este ensaio.

A relação com os valores e modos de vida

Falar de valores envolve falar da vida que se leva e se quer levar e da relação com a vida dos outros, da administração dessa relação. É difícil falar disso em geral, pois vivemos sob um domínio cultural e de valores muito localizado e, ao mesmo tempo, muito poderoso. A cultura moderna, discutida por Latour, está sendo globalizada, viabilizada pela tecnologia de origem científica, com seus mitos de objetividade e universalidade inquestionáveis externamente: um misto de mercado, ciência e liberalismo, no dizer de Feyerabend (1991).

Neste tópico discuto algo dos valores subjacentes à cultura moderna e à biomedicina, enfocando mais o seu saber, com o intuito de abrir espaço para o reconhecimento da necessidade de enriquecimento dos mesmos e de contextualizar as contribuições de meus autores de referência. Baseio-me em Lacey (1998), filósofo contemporâneo dedicado ao estudo dos valores culturais e científicos da modernidade e seu saber (Ciência). Refletir sobre nós mesmos e os valores científicos subjacentes aos saberes e práticas em saúde é relevante, tanto para uma autocompreensão do que fazemos na biomedicina e para o aumento da responsabilidade pelo que fazemos nela, como para compreendermos outras práticas e medicinas não-científicas.

¹⁶⁴ Cf. Latour (1994); Serres (1990, 1994, 1997, 1999, 2003).

Segundo Lacey (1998), os valores podem ser pessoais ou sociais (ambos se interpenetram e inter-influenciam), podem ser articulados em palavras, presentes na consciência, manifestos na ação, expressos em práticas, entrelaçados em vidas e incorporados em instituições sociais. Em qualquer caso, em geral, há entrelaçamento de variados e diferentes tipos de valores na vida social, no saber e nas práticas.

Feyerabend (1991) discutiu essa questão posicionando-se criticamente quanto ao movimento geral de homogeneização dos valores e da vida no mundo, viabilizada em muito pela padronização técnico-científica das práticas sociais e sua ambição de universalização, em associação com o poder militar, político e jurídico exportados e impostos aos quatro cantos do globo.

A cultura moderna contemporânea tem um valor talvez primeiro, em consonância com a ciência, segundo Lacey (1998), o controle. O controle é simultaneamente um valor, uma estratégia e um fim.

Dispensio contra-argumentação detalhada quanto à ambição de neutralidade da ciência em relação aos valores, pretendida por epistemologistas de orientação positivista. Dessa perspectiva, a neutralidade derivaria da afirmação de que a teoria científica representaria, de forma aproximada e provisoriamente, o mundo tal qual ele é, representação essa desvinculada de quaisquer valores sociais ou culturais. Tal desvinculação seria o produto da purificação (usando um termo de Latour) teórico-metodológica realizada pela ciência. Basta indicar que críticas tanto de cunho sociológico (que mostram que essa neutralidade em muitos casos não se realiza de fato) quanto de cunho epistemológico sustentam que a neutralidade não pode ser defendida.

A crítica epistemológica pode ser resumida em três teses principais: a tese da subdeterminação da teoria pelos dados empíricos (que sustenta que é sempre possível que várias teorias - inconsistentes entre si - sejam adequadas aos dados empíricos, e não há como escolher entre elas, recaindo a decisão em valores); a tese da invulnerabilidade da teoria aos dados empíricos (é sempre possível, por meio de teorias e hipóteses auxiliares, tornar uma teoria invulnerável aos dados empíricos, recaindo, então, a escolha entre teorias em valores); e a tese da incomensurabilidade, de Kuhn (teorias são formadas e vigoram por

um certo tempo dentro de paradigmas, utilizando o seu léxico; mas paradigmas diferentes possuem léxicos diferentes, são incomensuráveis, não podem ser inconsistentes, pois lhes faltam categorias comuns e suas estratégias de restrição e seleção de dados são incompatíveis. Os paradigmas estão compostos por valores específicos próprios). A incomensurabilidade decorre de práticas incompatíveis.¹⁶⁵ As idéias de Kuhn sobre incomensurabilidade se aproximam das de Feyerabend (1985), e já comentei que Fleck converge com eles, referindo-se aos estilos de pensamento, de modo que, sobre esse ponto nesse contexto (da discussão da relação com os valores), esses autores concordam.

A ciência é permeada por valores de vários tipos, além dos chamados valores cognitivos (como adequação empírica, consistência, simplicidade, fecundidade, poder explicativo, verdade, por exemplo)¹⁶⁶, que por si só já constituem um grupo de valores específicos entrelaçados com um modo de vida pessoal e social particular. Os valores cognitivos, apesar de alguma polêmica sobre sua especificação e hierarquia interna, em geral, são defendidos pelos epistemologistas como os únicos e essenciais, tanto descritivamente como prescritivamente, para caracterizar e orientar a Ciência. Eles seriam co-responsáveis, em associação com a conjunção razão-método – pela superioridade epistemológica da ciência, na versão positivista.

Na ciência moderna, o controle, como valor central, dirige-se inicialmente ao controle da natureza e, mais especificamente, ao controle dos objetos materiais. Essa associação constitui-se na maior e mais bem sucedida (em termos de hegemonia social na comunidade científica) estratégia de restrição e seleção de dados e fenômenos como base empírica para teorias e, posteriormente, como mundo a ser controlado. Tal estratégia de seleção e restrição é chamada por Lacey de “estratégia materialista”.

Lacey aceita que os valores cognitivos prestigiados pela ciência moderna possam ser separados relativamente dos demais valores sociais e que sejam cruciais na pesquisa científica, mas ressalta que “sua interpretação é sempre estruturada por alguns

¹⁶⁵ Lacey (1998, p.23-27). Lacey (1997).

¹⁶⁶ Lacey (1998, p.63-64).

valores sociais [não cognitivos], e o apoio à sua expressão é ligado à expressão de certos valores sociais.”¹⁶⁷

O entrelaçamento de diversos valores sociais e cognitivos, capitaneados pelo valor do controle, reforçados pela interação recíproca inextricável entre ciência e tecnologia¹⁶⁸, ampliados para dimensões várias da vida social e para as outras ciências (humanas, sociais, biológicas), confluem para o aumento do controle do mundo e da vida.

Adotando a postura não-moderna (buscando desviar da separação suposta entre o mundo da natureza e o mundo da sociedade e da cultura) posso resumir esse conjunto entrelaçado de valores num outro valor mais geral, de cunho, ao mesmo tempo, social, político e científico: o controle do mundo e da vida. A extensão, a intensidade e a penetração do controle como valor em todos os domínios da vida moderna permitem vislumbrar uma característica cultural moderna, que eu chamaria de obsessão pelo controle. A conotação política desse valor e dessa característica é evidente: poderia, numa versão política, falar em obsessão pelo poder social, natural, cultural. Controle da natureza, controle da sociedade, controle das pessoas, controle das doenças: o que interessa é o poder e o controle.¹⁶⁹

Tanto na ciência como na sociedade moderna, essa priorização do controle está ligada umbilicalmente a outros valores sociais, vinculados ao chamado neoliberalismo, que podem ser assim resumidos: “servem ao individualismo em vez de à solidariedade; à propriedade particular e ao lucro em vez de aos bens sociais; ao mercado em vez de ao bem-estar das pessoas; à utilidade em vez de ao fortalecimento da pluralidade de valores; à liberdade individual e à eficácia econômica em vez de à libertação humana; aos interesses dos ricos em vez de aos direitos dos pobres; à democracia formal em vez de à democracia participativa; aos direitos civis e políticos sem qualquer relação dialética com os direitos sociais, econômicos e culturais”.¹⁷⁰

¹⁶⁷ Lacey (1998, p.177).

¹⁶⁸ Lacey (1998, p.177).

¹⁶⁹ A escola de Frankfurt também reconheceu esta obsessão como central na vida moderna. “O que os homens querem aprender da natureza é como empregá-la para dominar completamente a ela e ao homem”.(Adorno & Horkheimer, 1985, p.20)

¹⁷⁰ Lacey (1998, p.32).

O controle ou a luta pelo poder (social, natural, político) é uma força avassaladora instituída como regra no mundo globalizado, que espreme os viventes nos mais longínquos cantos do mundo. Simultaneamente obriga, força, destrói; educa, transforma, ensina: ensina que a Ciência e a tecnologia, mas também, a violência e a força bruta, são vitoriosas. Porque podem controlar a natureza, o corpo, os outros. Que tudo e todos são descartáveis (embora nem tudo seja reciclável) após o exercício do poder, que o que importa é o controle. Na sociedade, isso está em vigor, embora as tensões sociais aumentem a cada dia. Na natureza, a crise ecológica está desmontando aos poucos a ilusão. Na biomedicina, ainda não há indícios da percepção do conteúdo de ilusões a esse respeito.

A razão biomédica é interventora e dominadora, coerentemente com as características da racionalidade científica moderna em geral: “racionalismo, mecanicismo, dualismo, fragmentarismo, metodologismo, quantitativismo, materialismo, evolucionismo”.¹⁷¹ Com isso, busca controlar o corpo, eliminar ou controlar doenças, fazer a gestão dos riscos, regulamentar modos de vida pela ininterrupta medicalização de cada vez mais aspectos da vida. É centralizadora e autoritária: apesar dos discursos e da bioética tão discutida.¹⁷² Seus valores implícitos, portanto, são questionáveis, mas coerentes com o valor central do controle.

A biomedicina, pode-se dizer, adotou de forma hegemônica a metafísica materialista, o que induz e aprofunda a afinidade eletiva entre o moderno esquema de valor do controle na sociedade e na ciência, viabilizado nesta pela estratégia materialista das ciências naturais. Essa metafísica afirma que o mundo “realmente é” tal e qual todos os objetos presentes nele (inclusive os seres humanos) são inteiramente caracterizáveis por propriedades e relações materialistas (talvez, em última análise, fisicalistas), todos os fenômenos são inteiramente caracterizáveis sob o aspecto de sua produção pelas estruturas, processos e leis subjacentes, e as possibilidades das coisas são exauridas por suas

¹⁷¹ Luz (1988, p. 117), grifos da autora.

¹⁷² Serres (1996, p.238): : “Duvide fortemente, por exemplo, do que pretende a bioética quando diz desejar obter o consentimento esclarecido do sujeito. Que clareza aconselha ela? São necessárias duas fontes de luz pelo menos, senão só se apresenta um alinhamento, que depressa se torna uma diretiva imperialista, necessária, obrigatória. Se o esclarecimento só provém do médico, do técnico, do investigador, do biólogo, enfim, apenas e sempre da ciência, o que tem de decidir (...) não conhece senão o destino da nova necessidade, tão cega como a anterior, a do narcisismo tecnológico ou racional.”

possibilidades materiais. Então, em princípio, a adesão às estratégias materialistas poderia conduzir-nos a uma explicação completa do mundo; em princípio, nenhuma possibilidade seria deixada de fora.¹⁷³

O entendimento do mundo é obtido, aí, por um tipo de conhecimento específico da ciência: as teorias. Estas, na biociência e na biomedicina, em geral, são restritas pela estratégia materialista¹⁷⁴, de tal modo que representam os fenômenos em termos de sua concordância com as leis da natureza (física). Apresentam uma imagem do mundo em termos de leis e quantidades. As leis representam relações entre quantidades. Os fenômenos são abstraídos de qualquer inserção na experiência humana, nas atividades práticas e sociais. As teorias deixam inexploradas, na maior parte, tanto as condições (mesmo as sociais) que criam e mantêm os espaços a respeito dos quais elas fornecem entendimento, quanto os efeitos dos acontecimentos de tais espaços nos ambientes naturais, humanos e sociais.

Em outras palavras, diz-se que as teorias científicas produzem conhecimento “extensivo”¹⁷⁵ (relaciona muitos acontecimentos aparentemente desconectados e diferentes, como, por exemplo, o movimento de uma flecha ao movimentos dos planetas e dos corpos em queda), mas não produz conhecimento “completo”. Ela não relaciona a flecha ao arqueiro, à vítima, ao fabricante de arcos, à matéria prima usada na sua confecção, ao contexto e objetivo do tiro (uma guerra? uma caçada? um esporte?). Um conhecimento completo envolveria, num sentido abrangente, esses fenômenos, objetos, sujeitos quase-objetos (actantes) e suas relações.¹⁷⁶

¹⁷³ Lacey (1998, cap.V).

¹⁷⁴ Vale comentar e ressaltar que existem outras teorias com outras estratégias de seleção de dados, mesmo na biomedicina, como, por exemplo, a psicanálise. São de filiação científica polêmica e de localização suficientemente pequenas e marginais para confirmarem a regra.

¹⁷⁵ A extensividade, de fato, é um prestigiado valor cognitivo na tradição epistemológica das ciências naturais. Tanto melhor uma teoria quanto maior for sua extensão, quanto mais fenômenos ela interligar e explicar.

¹⁷⁶ Lacey (1998, p.17,177 e cap.V e VI). A *incompletude* do conhecimento teórico, e mesmo a eventual alienação e outras consequências adversas das interações sociais, ecológicas, vitais e culturais envolvidas nos fenômenos nos quais a ciência e a biociência intervêm através de seus conhecimentos são marcas típicas do arranjo moderno de cisão entre poder e responsabilidade, entre teoria e prática. (vide capítulo 1 e Latour, 2000). A discussão em Lacey (1998) é exemplificada utilizando as práticas e conhecimentos agrícolas modernos (a revolução verde) e sua aplicação no terceiro mundo. Ainda está por fazer a análise análoga na área da saúde. Mas nós não temos ainda uma “medicina orgânica ou ecológica” com espaço na academia equivalente à “agricultura orgânica ou ecológica” com seu espaço já presente, ainda que minoritário, nas escolas de agronomia e engenharia agrícola. Uma das pretensões deste estudo é justamente contribuir para fazer nascer este espaço, para fundamentar a necessidade e viabilidade dele.

Se a extensão do conhecimento teórico encanta e seduz, gerando o avanço tecnológico, a incompletude do conhecimento científico na área da saúde (e nas demais) tem desdobramentos sérios, raramente discutidos ou nunca assumidos integralmente, diretamente relacionados às minhas discussões anteriores. Latour explica isso pela sua análise do acordo moderno, cujo viés é político e cultural: capitalizam-se os créditos, aumenta-se o controle centralizado e externalizam-se os prejuízos e possíveis efeitos adversos para outros, noutros tempos e lugares. Na relação da sociedade com a ciência e a tecnologia, a incompletude já exige atenção, é motivo de debate público, de legislação específica e de interesse civil de todos os cidadãos, devido principalmente à crise ecológica e ambiental global.

Na área da saúde, a percepção da incompletude do saber e das práticas usadas se manifesta pela crise social (de aplicação) da biomedicina e pela fuga para outras medicinas. Isso alude aos dilemas e cegueiras paradigmáticas na ação terapêutica, em que o conhecimento científico parece ser mais pobre em completude e está a toda hora se debatendo com a complexidade e integração dos aspectos e partes das pessoas que adoecem em seus meios e precisam de ajuda.

Por outro lado, a biomedicina é particularmente problemática quanto à discussão de teorias: estas estão em geral implícitas ou nem formuladas, organizam-se em critérios operacionais e em representações poderosas, orientadoras da produção do conhecimento e das práticas, institucionalizadas com estatuto científico. Sem serem explicitadas, podem ser caracterizadas como guiadas por uma concepção ontológico-localista e mecânico-causal¹⁷⁷, em consonância com a estratégia materialista dominante na Ciência. Portanto, a biomedicina se alinha aos valores centrais do conhecimento científico: o controle é valor central nela. Ele tem, desse modo, poder explicativo e compreensivo na discussão da relação do saber com os valores. Para Lacey, a maior vantagem da estratégia materialista é justamente o fato de ela ser possivelmente a melhor para propiciar o controle. Seria disso que decorre seu sucesso, e não da proeminência dos valores cognitivos na ciência.

¹⁷⁷ Almeida (1996).

Na sociedade moderna, ocorre o mesmo. Tal entrelaçamento permite entender porque a medicina persiste aferrada às estratégias materialistas, que geraram o seu atual paradigma biomecânico, não conseguindo afastar-se delas ou pluralizá-las, apesar de seus limites e problemas evidentes. E, simultaneamente, permite entender porque ela produz e reproduz essa metafísica nos seus doentes em geral. Isto é, porque seu poder de medicalização social é tão forte.

Um outro valor central dessa medicina, que fica realçado pela obsessão pelo controle, é uma derivação desse valor como assumido pelos biomédicos na sua relação com sua missão social e ética de curar. Dada a suposta solidão heróica da biociência na descoberta das verdades das doenças e da cura, dada a precariedade, a incompletude e os limites do saber e suas tecnologias, principalmente para a abordagem da maioria dos adoecimentos do cotidiano ambulatorial, os biomédicos vivem uma saga de heróis.

Devido aos “exemplares” (no sentido kuhniano) principais da atividade biomédica envolverem práticas em situações de adoecimentos hospitalares e de grande gravidade, risco de vida, poder total e concentrado sobre o corpo em seus aspectos biomecânicos e devido às dificuldades da cura não-hospitalar através da aplicação da metafísica materialista, cujas tecnologias deveriam operar com eficácia para os incômodos, adoecimentos e dores ambulatoriais, a atividade biomédica acaba adquirindo uma aura heróica.

Nem bem um valor, nem bem uma síndrome psicopatológica, nem bem uma característica sub-cultural desses “curandeiros” oficiais. Eles quase encarnam um mito, ao estilo grego, que muitas vezes acaba em tragédia: o mito do herói. Considero que a auto-imagem de herói pode ser tratada quase como um valor central para a biociência. Se ela em si, teoricamente, pode parecer não problemática, merece destaque pelos seus desdobramentos práticos.

Herdeira da filosofia grega via ciência clássica, a biomedicina contemporânea e seus praticantes sentem-se vivendo um mito de heróis. Após uma saga de poucos séculos de gestação na Europa e pouco mais de um século de vida, ela trava uma batalha permanente, heróica e de gigantes contra a doença, mas também contra a ignorância, a credice e a

superstição, que supostamente dominaram por milênios os homens. Luta pelo controle do envelhecimento e da morte, pelo controle da vida (agora com a engenharia genética), pelo controle das doenças do corpo (“orgânicas”), pelo controle dos sintomas dos sofredores “não orgânicos”, “mentais” (via psicofarmacologia). Sente-se em uma batalha horrível, num mundo hostil, acuada por toda parte. A cada doente, cada biomédico vive um mito de herói, de mártir, de libertador. Mas quão pouco das promessas da modernidade e da biociência esse “herói” consegue realizar. Esse mito vivido, inconscientemente na maioria das vezes, tem conseqüências drásticas no cotidiano da prática em saúde, tanto para o doente quanto para o profissional.

O doente é ensinado e induzido a cobrar curas rápidas e certeiras de exames, comprimidos, injeções e cirurgias - o resultado coerente das estratégias materialistas de intervenção na área.¹⁷⁸

O profissional debate-se entre a precariedade dos recursos e possibilidades para o cumprimento da promessa e o mito do herói, com sua “missão” de onisciência e onipotência em saúde-doença. Talvez apenas os emergencistas em prontos-socorros usufruam com alguma freqüência da sensação de dever cumprido ao saírem de seus plantões como heróis. Mas esses momentos, que se beneficiam desse particular estado de espírito, são a minoria do trabalho médico. Contudo, essa “mentalidade” heróica, e ao mesmo tempo bélica e controladora, está espalhada e diluída (em alta concentração) por toda a atividade biomédica, inclusive a ambulatorial, ocasionando problemas de relacionamento e iatrogenias.

Acossados pela lista de patologias, particularmente impressionados e aterrorizados pelos riscos das patologias graves, os biomédicos e a biociência são especialistas em doenças, mas ignoram em grande parte (no saber e na terapêutica) a

¹⁷⁸ Note-se que há total coerência dos procedimentos mais valorizados pela cultura, pela mídia, pelos pacientes e pelos profissionais biomédicos com a adoção da estratégia materialista na biociência: se o que explica o mundo e as doenças são as relações estruturais e quantitativas entre os elementos materiais do corpo, nada mais natural que objetos materiais ou procedimentos materiais – comprimidos, cirurgias, soros, injeções – devam ser os potentes e precisos remédios para os concertos necessários na biomáquina (lembrando que o imaginário fiscalista da biomedicina é ainda newtoniano, da física clássica - Cf. Camargo Jr. (1993b). Ou seja, a epistemologia tem talvez mais a dizer sobre as mazelas do cotidiano da medicina do que se suspeita.

dinâmica da vida vivida, dos adoecimentos e convalescenças espontâneos, naturais, corriqueiros, as relações intrincadas que ligam todos os domínios e aspectos das vidas das gentes. O mesmo ocorre com os processos crônicos e recorrentes de adoecimentos, intimamente ligados com a vida vivida e emocional dos doentes, bem como a longa adaptação e transformação que eles geram nos pacientes.

Os biomédicos, também, pouco exploram a generosidade da natureza, a sabedoria, o poder de cura e restauração natural. Tal poder impressionou os filósofos do fim século XIX, que não podiam deixar de debater e considerar o vitalismo proveniente das experiências de regeneração dos primeiros biólogos.¹⁷⁹ O vitalismo, em geral, foi afastado dos ambientes esotéricos da biomedicina, embora persista arraigado pelas populações, pelas religiões, pelas outras medicinas, pelo dia-a-dia das gentes no mundo da vida não comprometido com a biociência.¹⁸⁰ No mundo biomédico, o que está em jogo é o poder da doença e da intervenção e do controle heterônomos, alheios ao sujeito doente.

Pode-se considerar que é por valores intervencionistas e controladores, senão comerciais, que a biociência se debate em busca de tratamentos para doenças benignas, quando, talvez, pudesse dedicar-se a desenvolver tecnologias de fortalecimento da vitalidade natural do organismo para prevenir e curar esse tipo de adoecimento (os resfriados, as contusões, contraturas e distensões musculares, as estafas, as gripes, muitas dores, muitos sofrimentos emocionais, etc.). A luta desmedida contra a dor, analisada por Illich (1975), é um exemplo típico dessa paranóia e obsessão por controle, via estratégias materialistas. O mesmo vale para a institucionalização hospitalar disseminada do parto e da morte inevitável.

Apesar do apelo comercial e exotérico das promessas de controle da biomedicina, deve-se considerar que é também pela sua legitimidade social e epistemológica sem precedentes que essa medicina consegue alimentar tais valores entre

¹⁷⁹ Cassirer (1993, p.229-62).

¹⁸⁰ O vitalismo persiste até na intuição e na avaliação subjetiva dos médicos, mas não há um correlato de saber instuído que o explore na clínica biomedicina. Essa ausência é exemplificada sutilmente pelas doenças consideradas benignas, passageiras: são as doenças que o são, quando se poderia, numa visão vitalista, pensar que é o organismo, o sujeito que é capaz de se curar, de se re-equilibrar, cuja vitalidade pode deixar mais sub-clínico ou mais grave um adoecimento.

seus doentes, embora o controle esteja disseminado pela cultura em saúde moderna como um valor central (independentemente da biomedicina, apesar de ser induzido por ela). Mas, em princípio, não é atribuível somente à demanda dos doentes tais características da biomedicina, ainda que essa demanda exista. Isso é fácil de ver pela aceitação geral das iniciativas ainda incipientes de humanização e desinstitucionalização de atividades médicas até há pouco hospitalares e institucionais: as internações domiciliares, as casas de partos ou projetos de parto humanizado, os atendimentos domiciliares. O motivo de tal aceitação deriva, provavelmente, de que o autoritarismo, o intervencionismo biomédico e a dessubjetivação dos doentes no hospital e nas instituições é extrema. No domicílio dos doentes ou em ambiente desospitalizado, esses processos atenuam-se mais facilmente. O controle dos profissionais é menor. Paradoxalmente, sua eficácia terapêutica e seu relacionamento com os doentes costuma ser melhor. O índice de complicações tende a ser reduzido. Esse tipo de percepção empírica difundida entre os que participam dessas iniciativas sugere que o controle como valor central talvez não seja o melhor para a área da saúde. No entanto, isso ainda não constitui-se em *feed-back* audível para a biomedicina ou a biociência.

Um outro valor da biomedicina de raízes epistemológicas e culturais típicas da ciência já foi comentado: é a arrogância generalizada que se traduz na absolutização das verdades biomédicas lançadas aos doentes como veredictos finais. Se isso é compreensível dentro do universo paradigmático da corporação, e ali pode ter a função de impulsionar as pesquisas para além do já conhecido, ao ser transposto para o contato com os doentes, gera uma infinidade de problemas de relacionamento terapeuta-doente, de sofrimentos para os doentes “desenganados”, de desconfianças e de transtornos para os profissionais.

A raiz epistemológica de tal arrogância encontra-se no pressuposto da (bio)ciência que iguala e rebaixa tudo o que está fora dela ao senso comum.¹⁸¹ Pairando única a produzir verdades objetivas na sociedade e na cultura modernizada-globalizada, a biomedicina (e seu representante “curandeiro”) só pode se sentir mal ao profetizar que tal ou qual doença não tem cura, ao mesmo tempo que consegue por fim a uma repetida busca

¹⁸¹ Santos (2000).

frustrada por terapêutica eficaz. Não haveria sentido em reconhecer limites e relativizar as más notícias, pois não existiria nenhuma outra notícia a ser dada por nenhum outro sujeito ou instituição “curandeiros” dignos de crédito.

Sem conseguir localizar seus limites, ou universalizando seus limites, a biomedicina “desengana” os pacientes, aos quais só resta conformarem-se. Uma evidência dessa arrogância, ou da falta de humildade e senso de limite dos praticantes dessa medicina, é a ausência nas suas práticas do que se poderia chamar de “alta por incompetência”, tanto do terapeuta como da própria biomedicina.

Isso pode parecer estranho, mas se torna claro ao se notar que no mundo extra-científico da cura especializada, os “curandeiros” não desconhecem esse procedimento. Ainda que não seja a regra, o encaminhamento para outra tradição de cura ou outro “curandeiro” mais competente ocorre sem drama. Entretanto, na biomedicina, isso está fora de uso, e me parece que é por falta de humildade associada com essa “crença-arrogância” epistemológica de superioridade heróica. Os biomédicos fazem juntas médicas (na qual se supõe uma certa igualdade de competências), encaminham para colegas de outras especialidades (trata-se, nesse caso, de departamento errado e não de incompetência), ou, simplesmente, não encaminham para outros “curandeiros”, o que deve ser o mais comum. Confundem seus próprios limites com os limites do saber da tradição biomédica e confundem esses limites com os limites do saber humano universal: só resta mesmo o “desengano” dos doentes.

A biomedicina reconhecer-se localizada culturalmente e epistemologicamente limitada, submersa em um paradigma ou estilo de pensamento, teria um efeito positivo, pedagógico, terapêutico (no relacionamento com os doentes) e “psicoterapêutico” (para os profissionais): os profissionais poderiam ficar mais tranquilos, mais humildes, dedicar-se mais à cura, preocupar-se menos com a suposta obrigação de tudo resolver, aproximar-se mais dos fenômenos do adoecimento, relativizar mais facilmente seu próprio paradigma e suas reduções paradigmáticas, encaminhar e receber pacientes de “curandeiros” de tradições diversas, dialogar com esses “curandeiros”.

O preço a pagar seria mudar a auto-imagem de herói, compensada pelo resgate de se sentir mais um tipo de “curandeiro” e não o único, além do alívio do peso insuportável das obrigações dos heróis. Outro preço seria a atenuação da luta pelo poder, compensada pela colossal liberação de energia antes presa na disputa no “campo” (no sentido bourdieano) e na medicina defensiva, energia que pode, então, ser posta a serviço da busca da cura; além do aprendizado possível de que o lugar no campo pode ser garantido sem luta, pelo serviço à causa da cura e a eficácia neste serviço.

Como contribuição e proposta relativa à questão dos valores na saúde, posso retomar um idéia de Lacey (1998) em torno dos limites e possibilidades do saber teórico (científico): se a extensividade é uma característica do saber teórico e um importante critério interno, um valor cognitivo dos principais, no empreendimento científico moderno, ela parece não ser suficiente para orientar a prática “curandeirística” ambulatorial, inserida na complexidade do dia-a-dia da vida e do adoecimento, justamente devido à sua incompletude intrínseca. O que não quer dizer que ela não seja importante ou mesmo, muitas vezes, necessária.

O que está em jogo aqui é a suficiência e a proeminência. A esse respeito, há fortes suspeitas ou mesmo algumas conclusões¹⁸² apontando que conhecimentos e práticas pré-modernos ou não-científicos e medicinas tradicionais sejam mais fortes, isto é, apresentem conhecimentos e práticas mais completos. Segundo Taylor, *apud* Lacey (p.95-112), uma postura adaptativa harmonizante era subjacente a algumas das civilizações pré-modernas, postura esta deslocada e tornada inviável (em parte) pelas práticas da postura de controle, derivadas das práticas científicas da modernidade (dentre outras).

A proposta resultante e desafiadora sugerida por Lacey, próxima à não-modernidade de Latour, é compor a extensividade do conhecimento teórico científico e de suas tecnologias com a *completude* dos saberes pré-modernos e suas práticas harmonizantes

¹⁸² Essa é aproximadamente a posição de Lacey (1998, p.109 e cap. V e VI), a de Feyerabend e a minha, baseado em estudos como os do grupo de Luz (1993, 1996, 1997,1998), e no contato com outras medicinas (no meu caso, a medicina tradicional chinesa e a homeopatia). Discuto melhor essa posição em Tesser (1999). Em outras áreas, como por exemplo a agricultura, essa discussão está bem mais adiantada e na direção mencionada, sendo usada como exemplo por Lacey, cuja literatura está referenciada na obra citada.

e adaptativas, numa síntese ou sincretismo que, certamente, transformaria ambas as formas de ação e entendimento. Devido justamente a incomensurabilidade¹⁸³ entre essas posturas (adaptativas harmonizantes e de controle), a nova atividade teria que ser uma síntese criativa, comprometida tanto com uma como com outra. Essa contradição, provavelmente, só poderá ser resolvida na prática.¹⁸⁴ Resgatando um dos meus autores, Feyerabend: isso significa exatamente a sua proposta de liberdade das e liberdade para as ciências e tradições.

Feitos esses comentários gerais, posso entrar na contribuições dos autores nesse tema.

Os valores e modos de vida no ensino em saúde e na pesquisa

Já comentei repetidamente que as idéias de Popper e Lakatos aproximam-se das dos positivistas e ressaltam a nobreza, a necessidade e a exclusividade dos valores cognitivos para o progresso da ciência. Quando outros valores aparecem, isso deveria ser considerado uma falha. Desnecessário comentar que eles aparecem todo o tempo, como, por exemplo, o controle. Para esses autores, os valores e os modos de vida dignos de serem considerados são os associados à Ciência e, por conseguinte, subliminarmente, à sociedade modernizada, “branca”. Todos os demais valores, ainda plurais pelo mundo, seriam um resquício de tempos pré-científicos e pré-modernos.

A arrogância e o etnocentrismo são valores que ficam subjacentes ao discurso modernizador, cuja única argumentação é o apelo ao medo e ao preconceito para com a vida dos “outros”, pobres e primitivos, que estariam mergulhados e escravizados pelas intempéries naturais, por um lado (denotando o medo da natureza e a obsessão pelo seu controle como valor dos modernos), e por tradições absurdas e dogmáticas, por outro lado (diferentes da cultura moderna, denotando seu etnocentrismo).

¹⁸³ Essa é uma incomensurabilidade de práticas, segundo Taylor *apud* Lacey (1998).

¹⁸⁴ Cf. Luz (1996).

Kuhn, Fleck e Feyerabend diriam em uníssono que os valores do paradigma biomédico atual podem ser enriquecidos e transformados, mas isso é difícil tanto por razões históricas, psicológicas e políticas quanto por razões epistemológicas. Uma vez instituído o paradigma e estando ele em fase de expansão “normal”, somente uma crise interna pode preparar terreno para o questionamento de seus valores subjacentes. Uma crise externa já se encontra em processo, mas a autonomia relativa e as artimanhas modernas de separação entre a prática e a teoria, entre a pesquisa e a aplicação clínica e sanitária, entre o poder e a responsabilidade, além de outros fatores comerciais e políticos, têm mantido isolada do lado de fora do *establishment* biomédico a crise social dos valores da medicina. A meu ver, dois movimentos atuais são indicativos de um reconhecimento inicial dessa crise de valores que se reflete na própria eficácia: o acelerado investimento recente na pesquisa de terapêuticas alternativas pelos países ricos, notadamente os EUA, e a incorporação social progressiva de terapêuticas alternativas por países europeus.¹⁸⁵

O contato com valores diferentes a orientar práticas de saúde-doença, tipicamente permitido pelo contato com outras práticas estruturadas e outras tradições de cura não-científicas, seria estratégia viável de enriquecimento dos valores biomédicos, além de aprendizagem para o reconhecimento dos limites das atuais perspectivas de pesquisa e para a gestação de novas. Feyerabend, na epistemologia, parece ser o maior defensor dessa possibilidade.

Porém, Feyerabend não está sozinho. É mais um num movimento, pequeno por certo, iniciado após a segunda guerra mundial e acentuado nos últimos trinta anos, a partir da chamada contra-cultura¹⁸⁶ e da crise ecológica mundial.

A insatisfação com os desígnios da modernidade e o questionamento da ilusão acerca da supremacia da civilização ocidental fizeram uma pequena parte da humanidade iniciar uma busca por um outro caminho de compreensão da vida. Richard Wilhelm, Carl Gustav Jung, Mircea Eliade, Joseph Campbell, entre outros, foram acadêmicos e pesquisadores que, no século XX, se debruçaram sobre culturas estrangeiras para

¹⁸⁵ Vide Ernst (ed.)(2001).

¹⁸⁶ Barros (1997, 2002), Hemsí (2000).

compreendê-las e fazer mais do que o escárnio ou a justificação da dominação bruta, da violência ou da intolerância. Edward Hall (*apud* Hemsí [2000]), antropólogo norte-americano pioneiro no estudo das relações interculturais, afirma que a autoconsciência e a consciência cultural são inseparáveis, e as experiências interculturais podem servir para ampliar a visão. Esse tipo de perspectiva está longe de ser o pensamento dominante. As relações interculturais são tratadas, na maioria das vezes, sob o prisma do interesse e do domínio.

Contudo, pensadores emergentes de vários campos do conhecimento propõem outras possibilidades de relacionamento, como, por exemplo, o contraponto de questões científicas - como o funcionamento do universo ou da mente e do corpo humanos - com a visão de culturas tradicionais, na tentativa de construir pontes para o conhecimento e o entendimento humanos.¹⁸⁷

Lacey (1998), discutindo o papel dos valores cognitivos e sociais dentro da atividade científica, entende que é possível a adoção de estratégias de restrição e seleção de dados diferentes daquelas da estratégia materialista para o desenvolvimento de teorias científicas, deixando para o futuro a avaliação de resultados dessas teorias, momento em que os valores cognitivos, tradicionalmente discutidos pela epistemologia, teriam papel fundamental. Mas reconhece a dificuldade disso, pois que a pesquisa requer ambiente institucional e práticas estruturadas que pressuponham organização social e política que as sustente e com elas compatível. Isso está garantido para as estratégias materialistas, pela relação ciência-tecnologia e pela hegemonia do valor do controle na ciência e na sociedade moderna. Para outro tipo de estratégia de seleção e restrição, para outro tipo de pesquisa, talvez seja necessário outro arranjo institucional, e, assim, um pode competir com o outro, um pode eliminar as condições que tornam possível o outro. Possivelmente, isso já ocorra e garanta o quase monopólio das estratégias materialistas na orientação das pesquisas e na sustentação do paradigma biomecânico.

¹⁸⁷ Hemsí (2000, p.4-6).

Todavia, tal tipo de impecilho, inerente à qualquer perspectiva de mudança, só atesta a dificuldade, o longo prazo, a persistência, a perspicácia e a afinidade com tendências e necessidades internas e externas à ciência, necessários para as inovações. O investimento no estudo das medicinas alternativas pelos norte-americanos atestam a necessidade e a tendência mencionada. Nesse caso, a dificuldade e as discussões para esse estudo, nos termos das estratégias materialistas hegemônicas, que são as que norteiam as metodologias usadas, fazem emergir dificuldades propriamente epistemológicas e derivadas do entrelaçamento de valores cognitivos e não cognitivos na abordagem de algumas dessas medicinas, que, por hipótese, foram construídas com outras “estratégias de restrição e seleção”¹⁸⁸ não materialistas, possuindo um caráter holístico próprio.¹⁸⁹

Quanto ao ensino, no aspecto relativo à parte científica do aprendizado em saúde-doença, faço minhas as palavras de Lacey. Num linguajar menos agressivo, o autor propõe o projeto pedagógico de Feyerabend de, simultaneamente, ensinar os alunos e protegê-los do saber ensinado. A ciência busca o entendimento do mundo e informa atividades práticas. Não há nenhuma razão *a priori* para supor que todas as possibilidades relevantes para as atividades práticas como o “curandeirismo” individual e coletivo possam ser sintetizadas sob um único conjunto de estratégias de restrição e seleção de dados.

A tarefa da educação científica é também desenvolver a autoconsciência crítica sobre o caráter da atividade científica e de suas aplicações e sobre as escolhas com as quais se defrontam seus participantes responsáveis. Para isso, é necessário, além de outros conteúdos, aprender a considerar as relações do saber científico e suas aplicações com o bem estar das pessoas e valores sociais e humanos, para alcançar uma percepção do que pode e do que não pode ser adquirido a partir da ciência, bem como perceber que isso poderia assumir formas diferentes sob condições sociais diversas, que expressassem diferentes valores. Por fim, “empenhar-se numa avaliação crítica das visões concorrentes sobre essas questões.”¹⁹⁰ Particularmente sobre esta última tarefa, tudo ainda está por fazer.

¹⁸⁸ Uso *aspas* para denotar o uso aparentemente impróprio do termo, pois elas (as medicinas alternativas e tradicionais e seus saberes) não foram construídas em meio científico. Seu saber, assim, não é propriamente teoria.

¹⁸⁹ Cf. Mason et al.. (2002).

¹⁹⁰ Lacey (1998, p.140).

A respeito dos valores no ensino da área da saúde, quanto à sua parte tradicional e “curandeirística”, artística para alguns, resta comentar que o contato com estilos de pensamento diferentes e tradicionais, justamente por não se terem cientificizado, poderia ser fonte de ensinamento de arte “curandeira” para uma instituição que está minguando nesse ramo e cuja função principal ainda é formar “curandeiros” oficiais para uma sociedade que espera tudo e mais um pouco deles. Ou seja, a biomedicina carece de resgate e reconstrução da arte de curar, seja com que paradigma for, para ensinar algo melhor que os valores controlistas, defensivos, neoliberais e consumistas para seus iniciantes e pacientes.

Isso é importante e a epistemologia contemporânea tem a ensinar a esse respeito: se a extensão do conhecimento teórico produzido na biociência é excelente e apropriada para a construção e padronização de redes de práticas homogeneizadas (tão apreciadas no mercado), a sua incompletude traz inconvenientes e limites relevantes para uma boa eficácia e efetividade ambulatoriais, principalmente se pretendemos superar a postura moderna de irresponsabilidade para com as consequências de nossas ações em saúde-doença.

Eis aqui uma contribuição à pesquisa e ao ensino: a tarefa de preparar o terreno com práticas, saberes e espaços para a construção de redes (Latour) vinculadas aos valores de cura (aumento de liberdade) e solidariedade, para o quê tanto a pesquisa quanto o contato com outros paradigmas (Kuhn) e estilos de pensamento (Fleck) de saber/ação em saúde-doença são potenciais instrumentos valiosos, cultivando a democracia e o enriquecimento dos valores e das experiências ainda possíveis, que trazem à tona mundos distintos apenas relativamente incompatíveis (Feyerabend), cuja mediação está posta como desafio não-moderno (Latour) para uma reorganização dos valores hegemônicos na biomedicina e na saúde em geral. Disso poderia nascer um convívio de tradições e um relativismo relativo, com tolerância, ética e co-responsabilidade de “curandeiros” diversos (e de suas tradições ou instituições). Uma parceria na geração de saber/prática em saúde-doença eficaz (para o quê os critérios cognitivos da biociência certamente têm relevante lugar). Tal parceria contribuiria para o ensino de práticas suficientemente fortes, responsáveis, solidárias e comprometidas com a cura, a fim de não sucumbirem à hegemonia dos valores da sociedade moderna globalizada e seu mercado.

Desse convívio, poderia nascer pesquisa, produção e ensino de saber e prática *relativamente e suficientemente extensivos e completos, para uso individual e coletivo*. Saberes e práticas com relações mais ecológicas com os valores diversos, necessários para uma vida mais saudável. A difusão e o desenvolvimento das idéias dos autores aqui estudados contribuiriam para essa tarefa.

A relação com valores e modos de vida na clínica

O império dos valores do controle e da obsessão pelo poder teve consequências drásticas, principalmente no interior da clínica biomédica. Com sua saga de heróis, mergulhados na tensão emocional das disputas por demarcação epistemológica e de mercado, cada vez mais dominados na sua terapêutica pela industrialização dos medicamentos e procedimentos diagnósticos, fragmentados em especialidades, dominados por preconceitos para com todos os “curandeiros” deles distintos, cada vez mais conflituosos na sua relação com os doentes, obcecados pelo poder social (de serem os “curandeiros” oficiais) e pelo controle, a clínica biomédica foi se transformando num sentido questionável, a ponto de darem espaço para o nascimento, em seu interior, do que se poderia chamar de anti-medicina: a medicina defensiva.¹⁹¹

Expressão pouco mencionada explicitamente dentro da corporação, a medicina defensiva é um sintoma da crise social nos valores da biomedicina, tanto em termos de sua legitimidade na relação com os doentes, quanto da degradação da identidade dos biomédicos como “curandeiros”. Ela foi sintetizada, certa vez, por um médico plantonista, em voz sussurrada, num corredor vazio, como o seguinte: “a maior arma do médico é a caneta”. Nisso se resume quase toda a medicina defensiva, mas isso esconde uma transformação de valores internos aos “curandeiros” oficiais que demanda debate e redirecionamento.

¹⁹¹ A expressão é atribuída por Kloetzel (1999, p.248) a um Manual de Medicina Defensiva publicado pela AMRIGS (Associação Médica do Rio Grande do Sul). Provavelmente plagiado do inglês, o termo inspira-se, creio, na realidade médico-judicial dos norte-americanos.

A caneta é a maior arma do médico. A isso subjaz que os pacientes e talvez as instituições onde o profissional trabalha sejam seus inimigos. Precisamos nos defender deles. Além da caneta existem outras armas, necessárias para dirigir a caneta. Essas envolvem o que eu chamaria de “raciocínio defensivo”, um raciocínio comum e disseminado, mas só perceptível aos membros da corporação acostumados com os raciocínios clínicos, especialmente atentos. O raciocínio defensivo funciona, a princípio, como um raciocínio mudo, velado e mesmo em parte inconsciente, que flui todo o tempo paralelamente ao raciocínio clínico. Quando o ginecologista reivindica uma auxiliar de enfermagem mulher no seu consultório, o faz para ser auxiliado mas também para se proteger: ele já não acredita mais na confiança mútua, na sua capacidade de cumplicidade (ou na da paciente), na ancestral relação de cura. Ele não se acha capaz de reinstaurá-la. Na anamnese, no exame físico, principalmente na solicitação de exames complementares¹⁹², inicialmente os profissionais fazem um raciocínio em paralelo: como devo me garantir. Depois, vão progressivamente incorporando o raciocínio defensivo no próprio raciocínio clínico, até que, por fim, já não é mais possível diferenciar razões de proteção corporativa e pessoal das razões de necessidade clínica (técnico-epistemológicas). Após algum caminho percorrido, após institucionalização de parte desse raciocínio nas especialidades, nas instituições médicas e hospitalares, no ensino e na própria clínica em geral, ele se infiltra no, se confunde com e distorce o raciocínio clínico.

Passa-se, então, a perder tempo e energia, a viver sob tensão, a pedir exames desnecessários, a desaprender a demora permitida¹⁹³, a subestimar o vínculo, a desconfiar dos pacientes sistematicamente, a não valorizar os fenômenos “crus” não-enquadráveis ou a eliminá-los com uma bateria de exames. Hipertrofia-se a irracionalidade da clínica, porque o profissional precisa responder, mas não pode assumir isso, à pressão do medo do erro e do processo, à paranóia e ao terror que se instalam e se ampliam quando o raciocínio defensivo ganha espaço (e se incorpora na cultura biomédica até não ser mais reconhecido).

¹⁹² Referindo-se aos exames complementares, o citado manual diz: “o médico não deve poupá-los. São sua defesa. É preferível que o paciente gaste para confirmar um diagnóstico já elaborado pelo médico com o simples exame clínico do que, mesmo em probabilidade remota, o diagnóstico feito sem exames laboratoriais ser desmentido depois. O não-uso de todos os recursos que a Medicina oferece para o diagnóstico das doenças pode ser considerado negligência pelo paciente e pelo Tribunal.”(*apud* Kloetzel, 1999, p.248).

¹⁹³ Ver Kloetzel (1980, 1999).

E se for uma doença grave? E se eu “comer bola” (errar num diagnóstico)? Já não se corre riscos em defesa dos doentes, pois para se correr tais riscos é necessária a cumplicidade ou pelo menos a confiança dos pacientes (além de auto-confiança e alguma confiança na própria capacidade de cura autóctone do doente). A intervenção torna-se uma obrigação, porque os doentes a esperam e porque o raciocínio defensivo sempre peca pelo excesso de cuidado, de investigação e de intervenção, mesmo na imensa maioria das vezes em que isso gera mais iatrogenia, custos adicionais relevantes, confusão no raciocínio clínico e desnorteio para os doentes, que se medicalizam vertiginosamente.

Não é preciso ressaltar quantos prejuízos, não só financeiros, mas de ordem técnica, essa “filosofia” traz. Esse processo subterrâneo, aqui mencionado a partir dos bastidores da prática, talvez merecesse investigação sociológica e epistemológica próprias. Apenas indico o fenômeno. Ele é relevante aqui porque expressa a importância dos valores sociais na construção da prática, da técnica e mesmo do saber. Expressa o verdadeiro atentado que a hegemonia do valor “controle” e da luta pelo poder, cujas raízes epistemológicas já discuti, exercem contra a própria possibilidade de execução a contento da prática biomédica em termos de sua missão “curandeira”.

Sem estar escrito em lugar nenhum, o raciocínio defensivo deve, sem dúvida, ser combatido como pernicioso ao saber e à prática clínicos. Isso é cada vez mais necessário, embora soe como uma pregação moral e ética (importante porém) de pouca repercussão em um mundo onde a violência é disseminada. Tal raciocínio também pode e deve ser combatido no mundo da prática biomédica, com o exercício de uma clínica em que ele não se faça presente: a legitimidade, o vínculo e a eficácia daí resultantes podem ser reconhecidas micro-socialmente. A proteção social e profissional daí advinda é melhor e mais recompensadora do que a da arma (“caneta”) ou a da apólice de seguro. Adicionalmente, isso traz uma satisfação ética e pessoal, juntamente com outros valores e vivências agradáveis e solidários, que podem facilitar a compreensão do que seja a nobre, difícil e recompensadora tarefa de ser “curandeiro”, em qualquer tradição, inclusive na científica.

Esse processo é tão pouco discutido que tenho o solitário capítulo de Kloetzel (1999, cap.13) e as poucas referências nele contidas a me respaldar na literatura brasileira. Mas é o que basta para a discussão agora.

Outros valores embutidos na clínica biomédica são os já comentados valores cognitivos da biociência. Na vertente positivista, esses valores têm sua relação com outros valores sociais obscurecida. Já discuti os desdobramentos dessa visão, que pensa o saber/prática científico como o melhor e inquestionável externamente, além de eficaz por si mesmo, independentemente dos sujeitos envolvidos. Nela, a relação do saber biomédico com valores sociais seria nula, já que esse saber provém da Ciência e desfrutaria de sua suposta neutralidade. É desnecessário voltar à crítica dessa neutralidade.

Essa vertente tende a sub-valorizar a importância dos valores dos doentes, sujeitos potencialmente ativos na terapêutica, mas de cuja ação espera-se apenas a submissão aos preceitos científicos, a chamada aderência ou adesão aos tratamentos. Aí, a relação como os valores dos pacientes seria puramente utilitária: mínima educação e manipulação em prol de uma maior aderência aos tratamentos. Com isso, vai-se inculcando mais a metafísica materialista em todos, e multiplicando suas mazelas e iatrogenias clínicas, culturais e sociais.

Meus autores de referência, a esse respeito, são de grande valia. A relatividade introduzida pelos mesmos facilita o espaço necessário para reorganizar a cena e os papéis dos valores, de modo compatível com uma ecologia de valores humanos, sociais, éticos e cognitivos: de heróis solitários e poderosos a “curandeiros”. De donos da verdade a membros de uma tradição de cura relativamente nova, sofisticada e poderosa, com verdades mutantes, organizada em rede mundial de práticas padronizadas muito vinculadas ao comércio e ao complexo médico-industrial. Um tradição cética e submersa numa metafísica materialista. De anunciadores do controle da vida e da morte para um futuro próximo, de defensores de promessas inviáveis, de semideuses onipotentes a “curandeiros” oficiais com grandes responsabilidades, inclusive jurídico-sociais, advindas do monopólio estatal. Devolvidos à sua matriz antropológica, sociológica e histórica (reconhecendo-se não-modernos), os “curandeiros” científicos e seus saberes teriam mais facilidade para se

libertar dos grilhões que as promessas da modernidade e o império do controle como valor, o controle da natureza, das doenças, dos riscos e dos doentes, lhes impõem.

Os valores e modos de vida na saúde coletiva

A discussão anterior pode ser transposta quase na íntegra para saúde coletiva, talvez com mais ênfase ainda na perspectiva de uma democratização de valores. A saúde coletiva, sendo um espaço de reflexão, desenvolvimento de saber e estratégia política voltados para a ação, poderia ter por missão fundamental o zelo redobrado e permanente pela desmonopolização do valor do controle na saúde. Isso, se do ponto de vista político pode parecer relativamente consensual, do ponto de vista do saber, é muito difícil, justamente pela característica extensiva que permite a padronização de práticas, regras, classificações e normatizações, caras à tradição da saúde pública. Elas acabam por impor um paradigma pela via do saber associado ao poder institucional, homogeneizando as práticas. Do ponto de vista cultural, a discussão precedente também indicaria mudanças profundas na herança moderna que domina a área.

Por outro lado, isso se tornaria menos difícil com a consideração da proposta feyerabendiana de separação do Estado e da ciência, o que facilitaria a possível criação de um espaço desvinculado da postura do controle, do paradigma biomecânico e de sua classificação de doenças. Esses não precisariam ser abandonados, mas conviveriam com outros saberes/práticas e valores a lhes atenuar a incompletude e a atenuar seu império, aliviando sua responsabilidade de prevenção e cura impossível para todos os males de todos os cidadãos.¹⁹⁴

Discuti nos tópicos precedentes vários aspectos dessa possibilidade e algumas razões pelas quais ela pode ser considerada desejável, pode tornar-se uma direção fértil a orientar ações políticas, sociais, institucionais e investigativas.

¹⁹⁴ Vale ressaltar que os saberes das ciências humanas e sociais já presentes na saúde coletiva (mais fortemente na sua face acadêmica) já cumprem parcialmente esse papel, sendo valiosos. Seu limite é que são desvinculados das terapêuticas, tendem a respeitar o acordo moderno, deixam de lado (sob responsabilidade da biomedicina), os aspectos “biológicos” dos adoecimentos.

A adoção de uma tal diretriz pela saúde coletiva poderia gerar práticas de mediação política e institucional entre tradições de cura (que forneceriam saberes e práticas a serem desenvolvidos, divulgados e oferecidos às populações) por ora imprevisíveis. Como objeto de desenvolvimento acadêmico, isso parece ser uma direção aberta e inexplorada. Como diretriz político-institucional, parece ter sido igualmente pouco explorada.

A relação com o poder social

A discussão até aqui foi suficientemente clara e explícita com relação aos aspectos políticos envolvidos nos saberes e práticas em saúde e nas concepções epistemológicas discutidas. A própria crítica que empreendi da tradição epistemológica das ciências naturais, representada parcialmente, aqui, por Popper e Lakatos, desde o início denunciou a luta pelo poder, a concentração e o monopólio do poder e da legitimidade, travestidas muitas vezes de questões epistemológicas.

Discuti algumas das conseqüências dessa luta moderna pelo poder a pela verdade na área da saúde. A obsessão pelo poder, o arranjo moderno e o predomínio da ciência carregaram tal disputa para dentro do “curandeirismo” biomédico, ocasionando problemas relevantes de aplicação clínica, envolvendo dimensões terapêuticas, técnicas, tecnológicas, sociais, relacionais e políticas, cujas soluções mostram dificuldades nada desprezíveis.

Essas conseqüências fazem crer que o “curandeirismo” biomédico ficou prejudicado na sua capacidade de assumir e cumprir sua missão social de cura, particularmente nos aspectos da relação terapeuta-paciente, na sua relação com o saber (obsessão pelos diagnósticos científicos, verdades únicas absolutizadas via perspectiva biomecânica que exige submissão) e no seu modo de produção e relacionamento com as terapêuticas (produzidas e centralizadas na Ciência e sua rede sócio-técnica industrializada; responsabilidades deslocadas para a Ciência como instituição).

A obsessão pelo controle e pelo poder social parece ter se amalgamado com a biomedicina, impregnado os seus circuitos vitais, banhado sua mentalidade. A tal ponto que obscurece, desloca, torna longínquo e quase desconhecido o poder usual da relação terapeuta-paciente, baseado na solidariedade, confiança mútua, competência e eficácia

micro-social vividas no trabalho da cura. Não que este tipo de poder, comum a todos os “curandeiros”, tenha sucumbido completamente no caso dos biomédicos. Ele ainda persiste, mas não é reconhecido, não é legitimado, não é explorado ou fortalecido como um instrumento para a cura no cotidiano e na biomedicina como instituição.¹⁹⁵ Como se os biomédicos e a biomedicina não precisassem dele, como se eles já não soubessem como nutri-lo. Como se outros poderes interessassem mais, e bastassem.

Por outro lado, minha discussão neste capítulo militou em prol de um valor democrático concebido como quase primitivo e intuitivo: uma democracia em que as pessoas podem e devem assumir a responsabilidade e o poder de dirigir, dentro do que suas tradições e valores culturais e vitais concebem, suas próprias vidas. Inclui-se, aí, as decisões sobre práticas e saberes em saúde-doença considerados legítimos e o estímulo ao desenvolvimento de tradições de cura especializadas a que possam recorrer, não necessariamente científicas. Discuti também algumas razões pelas quais uma aproximação “amigável” e a construção de parcerias com medicinas diferentes podem ser desejáveis e enriquecedoras para biomedicina e para os outros saberes/práticas em saúde. Por isso seria defensável, inclusive, um cuidado especial, um resgate e um fomento destes últimos.

É claro que nisso está suposta uma perspectiva de responsabilidade para com a harmonia da relação de poder usual e desigual entre doente e terapeuta, inclusive com o seu fomento, o que é facilitado especificamente através da atenuação da luta pelo poder social. A atenuação dessa luta, sua contenção relativa, pode ser justificada hoje pelas discussões precedentes. Elas buscaram mostrar que, para além de certa medida, tal luta é contraprodutiva e anti-terapêutica. Essa medida parece já ter sido ultrapassada.

Do ponto de vista da biomedicina, discuti concepções epistemológicas envolvidas com disputas políticas, problemas técnicos, ético-profissionais e relacionais. Essa discussão aponta que qualquer mudança no sentido de melhoria da atenção à saúde biomédica envolve simultaneamente mudanças epistemológicas e políticas. Todavia, estas mudanças provavelmente não se darão predominantemente a partir do saber ou do discurso,

¹⁹⁵ Talvez a divulgação na mídia seja uma das poucas maneiras, vinculado ao modo de operar do poder social e comercial, de direcionamento das representações sociais e de busca de legitimação da biomedicina. Todavia, essa via parece ter sido mais contraprodutiva do que produtiva.

embora seja necessária a construção de novos discursos e saberes compatíveis com elas (e este estudo se insere nessa tarefa). Penso, no entanto, que o essencial é a prática de novas posturas e ações, o exercício de novas relações, a ousadia de novas pesquisas, a experimentação de novas tecnologias e saberes. A prática parece-me o foco estratégico das mudanças.

Minhas referências para a discussão realizada até agora, de Feyerabend a Latour, de Foucault a Serres, exprimem essa militância e um certo inconformismo de um aprendiz de “curandeiro” pertencente a uma tradição nova que mal começou a se desenvolver já se enredou em posições de poder, valores e práticas dominadas por interesses outros muito além da cura dos adoecimentos, a expansão da saúde e o aumento da liberdade dos doentes.

Não destrincharei neste tópico os três ambientes de práticas em saúde enfocados, por julgar desnecessário. Seria repetitivo por demais e já fui o bastante. Julgo suficiente propor uma proposta política estratégica pertinente e moderada (e, paradoxalmente, revolucionária) para atual situação da relação da biomedicina com o poder social: devemos levantar a bandeira branca da paz, dar uma trégua por tempo indeterminado aos nossos heróicos profissionais e pesquisadores e aos demais curadores não-científicos sobreviventes no mundo social. Mais ainda, proponho a renúncia consciente e convicta da guerra.

Por diferente que possa parecer, esta é a perspectiva política principal desenvolvida neste estudo, para a qual os autores, seus comentadores, a prática e reflexão conduziram, que proponho num plágio assumido de Latour (2000, 2001[cap.7 e 8]) e Pignarre (1999, p.148): não entrar na guerra pelo poder.

Tal proposta deriva da análise que indica que a guerra permanente nas situações “curandeirísticas”, na saúde-doença, ela mesma é um dos problemas e não dos menores. No “curandeirismo” ambulatorial, a guerra, a obsessão pelo controle, a luta pelo poder, o medo dos riscos e das doenças graves (e a ansiedade daí decorrente) são devastadores, dificultam por demais a atividade “curandeira”. Eles progressivamente “matam à míngua” o “curandeirismo”, que se nutre de confiança - hetero e auto-confiança -, empatia, intuição, paz, colaboração, sabedoria, respeito e, sobretudo, harmonia.

Essa é a síntese diagnóstica e propositiva sobre a relação do saber com o poder social: no momento atual, o saber e as práticas da biociência estão voltados excessivamente para a manutenção de posições e poderes sociais num movimento que lhes exaure muitas das suas possibilidades e lhes cega em demasia a visão sobre seus limites. Os profissionais, os cientistas, os professores e os alunos vivem essa guerra e padecem dela, assim como os doentes. As angústias da guerra, seus valores, seus preconceitos, suas cegueiras, infiltraram-se no estilo de pensamento e nas práticas biomédicas, enquanto a teoria e a terapêutica foram sendo levadas pela integração nas redes do complexo médico-industrial e da especialização sem fim, com conotações mercantis e políticas suspeitas. Ficaram, assim, as doenças e as terapêuticas, cada vez mais extensas e cada vez mais incompletas.

Os pacientes, em parte usufruem dos recursos e desenvolvimentos obtidos, em parte padecem das mazelas dessa guerra. A amplitude e a capilaridade das práticas modernas de controle e luta pelo poder parecem progressivamente solapar da sociedade, dos pacientes e da própria biomedicina a capacidade de usufruir com sabedoria desses desenvolvimentos e de enxergar com mais clareza suas mazelas, limites e perigos.

Por causa desse fenômeno tipicamente contraprodutivo e também pela necessidade de construção e resgate de um equilíbrio ecológico de valores e práticas, julgo ser a renúncia à luta ou a atenuação da guerra a melhor opção valorativa, ética e política no momento.

De novo, nesse aspecto, outras tradições não-científicas de cura podem ajudar, por exemplo, através da ênfase em noções como harmonia, casamento (união) entre contrários, ciclos e fases naturais, potencial de vitalidade imanente que pode ser expandido, ação sem constrangimento e sem esforço.¹⁹⁶

Desviar a trajetória da biomedicina não é certamente tarefa fácil. Essa tarefa seria heróica e muito beligerante, contraditória com a proposta de trégua e de resistência pacífica à guerra. Ela deve, pois, ser atenuada para uma perspectiva estratégica não

¹⁹⁶ Aspectos valorizados e desenvolvidos pelo pensamento e pela ação da medicina tradicional chinesa (vide Apêndice 1 e 2).

modelizante que busca se inserir em movimento natural já vivo, com propensão para o crescimento, que amplia lentamente seus limites e potencialidades.¹⁹⁷

Ao se desviar a atenção das guerras e dedicar atenção à atividade “curandeirística”, pode ser possível flexibilizar as concepções epistemológicas hegemônicas sem “jogar a criança fora com a água do banho”: sem abandonar por completo a extensividade e seus valores cognitivos, não ficar escravo deles, transformá-los em busca de completude. Assim como se pode explorar a possível maior completude dos saberes e práticas exóticos, introduzindo neles mais extensividade, sem sacrificar suas virtudes.

A tarefa não é fácil, mas parece valer a pena. A energia ora presa (na guerra) que seria liberada seria grande e fértil. As dificuldades talvez nem sejam tantas, sejam em parte imaginárias, como é comum na modernidade. Curar é atividade ao mesmo tempo misteriosa, inesgotável e simples. Quando estamos conectados conosco, com os doentes e com nossa ecologia normal, os desafios de produzir e aplicar saber para a cura podem ser encarados com razoável otimismo, apesar de a vida parecer ficar cada vez mais difícil e isso certamente dificultar o trabalho “curandeiro”. Mesmo assim, e por causa disso, a necessidade de saber, de práticas e de agentes “curandeiros” eficazes é grande.

Meus autores de referência, confirmando a hipótese inicial, contribuem no sentido do reconhecimento dos caminhos modernos (e das redes) da biociência e da biomedicina, uma compreensão das suas conseqüências e impasses, bem como de seus projetos políticos. Permitem, assim, desvelar possibilidades de outros caminhos, autorizam pensamentos e valores diferentes, sugerem desviar ações e construir outras práticas e saberes, envolvidos com outros valores vitais, éticos e políticos.

¹⁹⁷ Cf. Jullien (1998).



CAPÍTULO 3

***Algumas sínteses para novos começos: esboço
de um enfoque epistemológico
em saúde***

Introdução: a epistemologia hegemônica na saúde

No capítulo 1, sintetizei idéias epistemológicas contemporâneas inovadoras, que sugerem modificações na visão epistemológica hegemônica na área da saúde. No capítulo 2, tais idéias foram relacionadas com aspectos problemáticos das práticas biomédicas da pesquisa e do ensino em saúde, da clínica e da saúde coletiva, numa exploração de suas contribuições para esses ambientes de práticas.

Dessa discussão, pode-se extrair algumas convergências importantes entre os autores estudados. Todavia, antes de entrar nessas convergências, faço um exercício de síntese para agrupar e ressaltar vários aspectos diluídos no capítulo anterior, preparando, contextualizando e deixando mais clara a construção de alguns instrumentos para caminhar na direção indicada, que virá depois.

Ao se observar os aspectos micro-sociais e tecnológicos da atenção à saúde nos serviços, particularmente os públicos, verifica-se que mudanças para a melhoria dessa atenção são dificultadas pelas realidades micropolíticas das instituições públicas e pela cultura organizacional do serviço público brasileiro, mas também pelos dilemas técnico-epistemológico-éticos da própria biomedicina (e dos seus profissionais), que giram, em parte, ao redor do saber médico.

Focalizando essa última dimensão à luz de aspectos epistemológicos, desnuda-se atualmente uma tensão, uma crise de confiança e uma crise de comunicação entre doentes e terapeutas, notoriamente com os médicos. Essa crise envolve aspectos da ordem do saber e pode ser chamada de crise de harmonia clínica: médicos e doentes se desentendem; os processos diagnósticos não raro se frustram, geram situações anômicas e por vezes são iatrogênicos. Feitos os diagnósticos, freqüentemente surgem dilemas e limites terapêuticos ou mesmo ausência de terapêutica. Quando esta última é cientificamente consensual, aparecem de novo problemas quanto a seus riscos, seus custos, suas iatrogenias e suas restrições de abrangência (referenciada na patologia, deixa de lado a “longitudinalidade” do processo saúde-doença do doente). É muito comum que doentes sejam dispensados ou reencaminhados a outra especialidade por falta de diagnóstico, ou, ainda, que sejam tratados de duas doenças como se fossem dois pacientes, devido a suposta

especificidade da terapêutica. Não é raro que a doença diagnosticada pelo médico tenha pequena intersecção com a constelação de sintomas, sinais, símbolos e sentidos elencados pelo doente como *seus* problemas de saúde. Igualmente é comum que o *bom* médico esgote rapidamente seu arsenal terapêutico sem “resolutividade” clínica satisfatória.¹

Nesse sentido, a estrutura básica da epistemologia hegemônica na área da saúde e, particularmente, da biomedicina merece destaque quanto ao seu papel obscurecedor de sua própria participação na geração da desarmonia clínica mencionada acima, seja na prevenção e promoção da saúde, seja na terapêutica.²

Por outro lado, outras medicinas e práticas de cuidado e tratamento de saúde vêm ganhando força e adeptos de forma consistentemente crescente nas últimas décadas no mundo ocidental. Seja por seu caráter mais econômico, seja por estarem angariando clientela cada vez maior, seja por méritos próprios dessas tradições e práticas de cura, os tratamentos ditos alternativos, paralelos ou complementares vêm sendo cada vez mais respeitados, procurados e inseridos nos âmbitos institucionais de pesquisa e atenção à saúde. Um caso exemplar é a homeopatia, que está sendo progressivamente mais procurada pelos doentes e respeitada no meio biomédico.³ Outro exemplo é a acupuntura, em franco processo de inserção na terapêutica biomédica, de forma adaptada aos padrões médico-especializados.⁴

Porém, ainda que socialmente isso se verifique, a velocidade da repercussão dessas mudanças no trato cotidiano dos doentes pelas instituições de saúde biomédicas e seus profissionais tem sido lenta. O estudo dessas diferentes tradições tem se resumido ao enfoque sócio-antropológico e político, cujo poder de diálogo e influência na atenção à saúde oficial e no ensino médico é mínimo, se houver algum. Para além das barreiras

¹ Tesser (1999); Tesser & Luz (2002). Por outro lado, ao ousar descolar-se do conhecimento biológico sobre as doenças, coisa muito rara na clínica biomédica cotidiana, outros tipos de resultantes pouco controláveis, mas nem por isso menos promissores ou eficazes, podem advir. Um raro exemplo desse tipo de descolamento é narrado e analisado em Rozemberg & Minayo (2001), em que um atendimento médico incomum e feliz muda toda uma trajetória pessoal, social e orgânica de uma doente, a qual acaba afastando-se do ritual e imaginário biomédicos para resolver seus problemas “de saúde” em outras esferas da vida (no caso, num âmbito ao mesmo tempo afetivo, social e jurídico).

² Publiquei uma montagem de trechos do que segue e do início do tópico seguinte em Tesser & Luz (2002).

³ Sobre a homeopatia no Brasil ver Luz (1995). Outras práticas buscadas estão discutidas em Ernst (ed.)(2001).

⁴ Nascimento (1997).

políticas, outras, de natureza epistemológica, contribuem para dificultar o estudo de e o diálogo com diferentes tradições de cura.

Na perspectiva científica hegemônica clássica (cartesiana), na qual está submersa a biomedicina, trata-se de estudar o que ocorre na realidade observada. Essa perspectiva pressupõe que a realidade está dada, à espera de um agente cognitivo - o cientista - que desceu de pára-quedas num mundo pré-dado e que extrai suas características essenciais por um processo de representação. Nesses termos, o conhecimento científico seria uma representação fiel da realidade observada, e a cognição o processo pelo qual se chega a essa representação.⁵ O cientista, nesse caso, é o investigador biomédico, e a realidade a ser estudada e tratada são as doenças dos pacientes.

As entidades doenças são os construtos teórico-operacionais em torno dos quais gira toda a abordagem científica da medicina. Devido ao excesso de poder e importância teórico-metodológica que convergem para elas, as doenças tornaram-se, para todos os efeitos, ontologizadas, tornando-se partes da realidade. São o instrumental majoritário, se não determinante, do enfoque e da prática de pesquisa, diagnóstica e terapêutica, impondo seus limites e vieses simplesmente pelo uso, pela sua preponderância pragmática e metodológica.

A articulação teórico-metodológica que envolve, por um lado, as disciplinas auxiliares da medicina (anatomia, fisiologia etc) e a clínica e, por outro lado, a epidemiologia, é complexa. Ela ocorre de tal modo que as primeiras usufruem da legitimação e usam os resultados fornecidos pela segunda como dados da realidade, e vice-versa. Isso gera um apoio tautológico operacional que obscurece a tal ponto o processo de construção das entidades doenças que não se consegue mais rastreá-lo, nem estudar como ele procede, nem mesmo reconhecer sua existência, cumprindo o papel de criar a ilusão da preexistência das doenças da nosografia biomédica.

Outrossim, um dos principais resultados da construção das verdades e fatos científicos é o completo apagamento do árduo, polêmico e tortuoso caminho dessa construção, até que os mesmos pareçam pura evidência, pura passividade cognitiva.⁶

⁵ Varela et al. (1991, p.135).

⁶ Cf. Latour (1997, 2000); Fleck (1986).

Nessa lógica hegemônica da biociência, a realidade supostamente objetiva da doença se manifestaria através dos “dados objetivos” sistematicamente obtidos, seja das pesquisas científicas, seja de cada doente. Das pesquisas, se obteria a real definição, classificação e mecanismos de ação das doenças, com respectivos corretivos mecânicos - no que consiste o saber médico diagnóstico e terapêutico. De cada doente, só se teria que resolver o enigma de descobrir qual a entidade doença que nele se apresenta e eliminá-la.⁷

Algum questionamento dos modelos biomecânicos de explicação das doenças e da própria fisiologia é encontrado na literatura⁸, mas pouco ou nada interferiu nas direções do desenvolvimento teórico da medicina em geral e nas realidades da prática de atenção institucional à saúde. A chamada teoria molecular da causação das doenças, se já apresentou grandes resultados e ainda promete muitos, parece que pouco satisfaz à necessidade de abordagem de doenças e agravos, que resistem à objetivação material de mecanismos de causação, e que possam ser combatidos físico-quimicamente de forma eficaz como “causas” ou mesmo como mecanismos fisiopatogênicos.⁹

Pode-se dizer que a vigência de um paradigma biomecânico (que chamei de positivismo mecanicista¹⁰) na pesquisa e na atenção à saúde biomédicas impõe cegueiras e dilemas importantes nessas dificuldades de “intercâmbio cultural” e de significação dos adoecimentos e tratamentos. Tais cegueiras estão envolvidas no que chamei de crise de harmonia clínica na atenção à saúde, seja entre médicos e doentes, seja entre médicos e demais curadores não-científicos.

Como em todo paradigma dominante pouco questionado internamente, na biomedicina, certas categorias e conceitos recebem muito *empenhamento* de toda a comunidade dos praticantes, ontologizando-se e monopolizando a atenção: como já dito, é o que ocorre com os padrões que compõem as entidades doenças, as quais dominam todo o *proceder* investigativo (metodológico), teórico e terapêutico da biomedicina. Nesse

⁷ Tesser (1999, p.80).

⁸ Ver, por exemplo, os questionamentos de Sacks (1997a,b), Dossey (1998), Benson (1998), os escritos dos pensadores do movimento inovador na Saúde Mental (por exemplo Basaglia (1982, 1985), Rotelli et al. (1990)), as discussões dos epidemiologistas (Castiel (1994); Costa (org.)(1994)). Vale notar que um questionamento dos próprios critérios definidores das diversas doenças não é via de regra questionado

⁹ Castiel (1994).

¹⁰ Tesser (1999, cap.2).

contexto, eventos, curas, agravações, sintomas ou sinais discrepantes, não previstos, contraditórios e ou inexplicáveis são negados, não valorizados, reinterpretados, omitidos ou simplesmente não reconhecidos. Não chegam, portanto, a ser construídos como *fatos*, no cotidiano da atenção à saúde. Isso ajuda a entender porque tradições terapêuticas diferentes sejam reconhecidas à luz da biomedicina e da ciência apenas como mágicas, místicas, crendices, etc. (Como exemplo desses preconceitos dentro da academia, ver Ávila-Pires, 1995). E faz também com que algum conteúdo “empírico-factual” ali porventura existente mereça atenção somente como indício para pesquisa científica futura nos moldes biomédicos.

Dessa forma, a cientificização positivista da medicina está envolvida como importante movimento epistemológico-metodológico no desvio do interesse teórico e pragmático biomédico, que vai da cura do doente para o diagnóstico e cura da doença (cientificamente definida), desdobrando-se em dilemas ético-terapêuticos cotidianos que estão centralmente envolvidos nas crises da medicina científica atual (Luz, 1996; Camargo Jr, 1993).

A ideologia positivista promoveu uma mudança significativa na metodologia médica quando condicionou a terapêutica ao conhecimento da doença: de agora em diante, a terapêutica deve ficar em compasso de espera até que a ciência médica complete o seu ciclo de conhecimento da doença.¹¹ Paradoxalmente, por outro lado, o crescente monopólio social simbólico da cura pela biomedicina impõe que dela e de sua quimioterapia ou cirurgia deva vir a cura dos doentes, o que se traduz em medicalização crescente de todos os sintomas e incômodos, e diminuição progressiva e contra-produtiva da autonomia em saúde das pessoas.¹²

Centrada nos procedimentos padronizados referidos às doenças, a atenção à saúde biomédica tende a se tecnificar e se desumanizar, contribuindo para a confusão da má prática com as limitações do próprio saber e diminuindo o potencial terapêutico da própria biomedicina. Além disso, essa perspectiva reforça a ênfase hoje vigente no uso de tecnologia biomédica dura (materializada em equipamentos diagnósticos e terapêuticos

¹¹ Almeida (1988, p.18)

¹² Illich (1975).

interpostos entre o médico e o doente), obscurece a importância da relação médico-paciente, secundariza a terapêutica em favor do diagnóstico e submete os *bons* médicos a um racionalismo e a um objetivismo excessivos, induzindo, por fim, uma *via crucis* dos não enquadráveis pelas especialidades médicas.

Além disso, tal cientifização ajudou a gerar uma nova transcendência inatingível, fonte de todo poder/saber e de toda responsabilidade terapêutica: a instituição Ciência. É ela agora que deverá resolver todos os problemas de saúde, ao menos no âmbito do saber. E os sujeitos terapeutas, médicos e demais profissionais de saúde, passaram progressivamente a ser técnicos, como que cientistas aplicadores da ciência normal, que devem resolver um pequeno enigma a cada novo doente: qual a doença que o doente tem? Resolvido esse enigma, acabaram-se seus problemas e desafios: basta aplicar a terapêutica padronizada em voga na atualidade científica. Se o doente não melhora, ou piora, ou “reage”, ou “muda de doença”, nada se pode fazer.

O positivismo e o cientificismo facilitaram a absolutização dos limites e verdades científicos biomédicos, induzindo ao “desengano” dos doentes considerados incuráveis, à resignação e à medicalização excessiva dos portadores das várias (e crescentes) doenças consideradas crônicas (controláveis), gerando contra-productividades, desencontros, angústias e anomias relevantes no cotidiano.

Os doentes e a sociedade esperam dos médicos o brilhantismo da cura, mas paradoxalmente, é deles que foi afastada a responsabilidade e o poder da terapêutica, entregue à indústria farmacêutica e/ou, na melhor das hipóteses, à pesquisa científica (supondo-a separada da primeira).¹³

¹³ Essa expressão pode gerar mal-entendidos: pode-se dizer que toda tradição especializada em cura concentra em si a autoridade e a responsabilidade epistemológica sobre as técnicas e procedimentos para a cura. O que ocorre é que a tradição científica na área da saúde está ficando progressivamente inacessível aos próprios biomédicos, devido à industrialização e comercialização da produção e pesquisa de produtos terapêuticos, principalmente os quimioterápicos, majoritariamente delegados à indústria farmacêutica, segundo Almeida (1996). A institucionalização da fabricação de medicamentos, conforme discutida por Pignarre (1998), é um exemplo desse afastamento.

As doenças e seus fatores de risco, ontologizados na prática biomédica, com intersecção variável com o adoecimento e a vida vivida pelos doentes, obscurecem um vislumbre sobre a evolução global do doente, a qual sucumbiu ou está esquartejada epistemologicamente por síndromes e doenças de aparelhos orgânicos (e especialistas), bem separados por uma fisiologia e fisiopatologia biomecânica que sabe muito de patologias, microorganismos, moléculas, órgãos, sistemas do corpo; mas parece saber pouco das ligações e inter-relações sutis e complexas entre tudo isso com a vida vivida do doente.

Pode-se dizer, usando idéias de Latour, que as doenças passaram a ser um actante poderoso na rede de práticas de saúde científica, pelas quais estão obrigados a passar os praticantes dessa medicina e suas pesquisas e práticas clínicas e terapêuticas.

Particularmente na área da pesquisa e validação (legitimação) de intervenções terapêuticas, o positivismo empirista dominou quase totalmente a medicina. Nessa área, a cientificização da medicina tornou definitivo o esquartejamento metodológico (e portanto epistemológico) dos doentes e reforçou a ontologização das doenças, através das definições operacionais (doença por doença) que permitem o seu reconhecimento prático na clínica, e das definições dos parâmetros usados para comparação nos ensaios clínicos, que legitimam as intervenções. Como o veículo de uniformização estatística das variáveis, para enquadrar nos modelos matemáticos e estatísticos vigentes, compõe-se desses critérios operacionais de definições de diagnóstico e de variáveis observadas para evolução nas intervenções, em geral, remetendo-se aos critérios definidores das doenças ou a parciais mensurações de melhoras clínicas, o doente sai do horizonte do saber biomédico, e toda a referência a ele, sua complexidade e sua singularidade ficam atribuídas ao lado dito artístico da medicina, ou, como querem alguns, técnico (como, por exemplo, Ribeiro, 1995).

Ora esse lado, sempre muito valorizado no discurso, está em processo avançado de submissão ao caráter científico da prática clínica, inclusive agora de forma explícita com a Medicina Baseada em Evidências (MBE). Nesse sentido, a MBE significa a incorporação pretensamente total da clínica pela ciência, claro que sempre sob o rótulo de um melhor embasamento das decisões clínicas do profissional.

Contudo, apresso-me a desfazer a imagem que deixei: não pensaria em criticar a MBE, aliás, ao contrário, sou simpatizante e usufruo dela ao máximo. Trata-se de esclarecer o esquartejamento epistemológico que agora com ela, a MBE, torna-se praticamente total, já que alcança os meandros da clínica e busca eliminar ou substituir a famosa “experiência” clínica dos profissionais pela “experiência” científica produzida nos ensaios clínicos controlados e sintetizada nas metanálises. Ora, os estudos clínicos e de intervenção estão pautados pelas doenças e pelos critérios definidores delas. Não há, ao menos até agora, uma busca de acompanhamento global do doente. A maior parte das doenças sucedem-se nos sujeitos como se não tivessem a ver umas com as outras, mesmo na melhor e mais competente biomedicina científica. Ou várias doenças “instaladas” simultaneamente no mesmo sujeito são tratadas separadamente, como se fossem pacientes diferentes.

Esse esquartejamento está inscrito na epistemologia hegemônica e parece ser assimétrico, irreversível, tanto epistemologicamente quanto culturalmente: uma vez feito, o caminho de volta é precário e ineficaz. Isso pode ser mais visível quando comparado com outras medicinas que não realizaram essa fratura múltipla, que não romperam com a unidade individual global na sua interpretação.¹⁴

Entretanto, apesar de todas as dificuldades, o objetivo essencial da medicina, qualquer que seja ela, continua sendo a cura dos doentes. Todas serão provavelmente limitadas e imperfeitas, e por isso mesmo, está posto o desafio da construção do seu mútuo enriquecimento, exatamente por serem medicinas diferentes. Quem sairá ganhando com isso serão os doentes.

Para que mudanças desejáveis e inovadoras no estatuto epistemológico e metodológico da biomedicina tornem-se possíveis, efetivas e eficazes, do ponto de vista terapêutico, será útil uma síntese das tendências emergentes na epistemologia, que sofreu questionamentos e mudanças várias nas últimas décadas. Alguns dos autores protagonistas dessas mudanças foram aqui considerados, e é possível retirar deles linhas de confluência que formam tendências possíveis de serem esboçadas e, o que mais interessa, aplicadas na saúde.

¹⁴ Vide, por exemplo, Apêndice 1.

Tendências nascentes

Posso agora fazer uma discussão das tendências apontadas pela literatura estudada. Essas tendências são possivelmente problemáticas, por serem divergentes do caminho dominante na biociência. No entanto, elas parecem ser auspiciosas, ainda que longínquas, por vislumbrarem modos de abordagem do conhecimento que poderiam orientar os pesquisadores e os terapeutas oficiais das instituições de saúde de forma a auxiliar na superação de vários dilemas vividos na atenção à saúde neste início de milênio. Vamos a elas.

1ª Tendência: a superação do positivismo representacionista.

Todos os autores discutidos, de Popper (em parte) à Latour, concordam em por fim à ilusão representacionista do positivismo, que é de certa forma da filosofia, da epistemologia em geral e da Ciência.

Outros autores reforçam essa proposta. Por exemplo, em “A filosofia e o espelho da natureza”, Rorty (1994) tece discussões com os filósofos a fim de dispensar essa imagem do conhecimento como representação. Dispensar a imagem da “mente” como um espelho da natureza. Também Varela (1990) (Varela et al., 1991), concebe o conhecimento vinculado com a ação na construção do mundo percebido, recusando a noção de representação de uma realidade independente.¹⁵

Pela vertente que chamarei de “externa” aos sujeitos da cognição, aqui representada por autores como Kuhn, Lakatos, Fleck e Feyerabend, pode-se afirmar que o conhecimento sob forma de representação está enraizado e ligado à comunidade humana, sua produtora em termos psico-culturais e sociológicos, não sendo algo semelhante a uma fiel representação da natureza ou da realidade.

Através dos conceitos de paradigma, programa de pesquisa científico, estilo de pensamento e tradição, respectivamente, esses autores permitem considerar que não é possível no conhecimento representacional (ou sob forma de pensamento) um acesso puro a

¹⁵ Em outro momento, (Tesser, 2000) discuti problemas culturais e políticos envolvidos nas representações como a ciência e os cientistas as usam e pensam.

algo que seria uma realidade objetiva. Sempre há esse intermediário seletivo e, ao mesmo tempo, gerador, base de todo movimento cognitivo, que é a cultura, os interesses, os valores, as tradições, o treinamento e a aprendizagem social e cultural que as pessoas carregam e do qual só podem muito precariamente se despir. Por mais honesta e esforçada que seja essa busca de um puro conhecimento objetivo, ela está fadada ao fracasso, restrita à cultura e a certos valores, objetivos e pressupostos filosóficos e metafísicos.

Como propôs Whorf (1971), ainda supondo o máximo de despojamento e descolamento cultural, a própria linguagem falada, que permite a comunicação, contém nas suas regras e estruturas uma modelagem do mundo, um certo pressuposto de como o mundo é, de tal forma que o investigador estará restrito, desviado e limitado a descrever ou se comunicar verbalmente (ou pela escrita) em termos que o enquadram, deformam, limitam e pré-determinam. Whorf defende que a estrutura lingüística é formadora da realidade, a tal ponto que culturas com línguas muito diferentes (como a língua hopi por ele estudada e as línguas indo-européias) viveriam em mundos diferentes, para efeitos práticos e epistemológicos.

Nesse sentido, pela vertente da conformação “externa” do sujeito cognoscente, tem-se que o próprio conhecer é cultural e social e está já estruturando e formando a realidade. Como corolário, temos que, se há uma realidade, um mundo real comum onde todos vivem, nós não sabemos nada dele que seja “objetivo”, que independa de nós mesmos.

Por outra perspectiva, pela vertente que chamarei de “interna” ao sujeito da cognição, Maturana e outros autores (como Varela, 1990, 1991, por exemplo) chegaram às mesmas conclusões: sendo a fisiologia dos seres vivos e o próprio sistema nervoso, quando existente, fechados em si mesmos, ao mesmo tempo que em interação com o meio externo a si, não é possível a geração de representações ou linguagem de caráter “objetivo”, independente do sujeito que faz a afirmação. Essa conclusão radical faz com que se reconceitualizem todas as básicas noções de linguagem, conhecimento, percepção, etc., coisa pretendida em termos gerais por Maturana, a partir de sua “biologia do conhecer”.

Com uma outra abordagem, Latour rejeita as ilusões da separação entre o homem, o mundo e os objetos e valoriza a articulação de todos, humanos e não-humanos, em redes de práticas sociais, das quais as ciências são um exemplo admirável, particularmente na socialização de elementos não-humanos. Enfatizando a necessidade de nos desviarmos dos vícios herdados da modernidade, Latour retoma a discussão da democracia irrestrita, construindo um campo de noções e idéias que permitem a tematização da proliferação de híbridos (misturas de humanos e não-humanos) e das redes sócio-técnicas da ciência, propiciando a construção de horizontes compreensivos mais lúcidos sobre a transformação dos coletivos e um possível direcionamento mais harmônico dos mesmos. Esse autor deixa de lado, desse modo, a perspectiva epistemológica que desvia a discussão sobre conteúdo e veracidade dos saberes e práticas científicos para o restrito âmbito da dimensão conceitual ou teórica da Ciência, atribuída ao círculo dos especialistas e cientistas. Mostra o estreito vínculo e o enredamento que a mais esotérica das ciências tem com vastas e poderosas partes dos coletivos. Trazendo isso à tona, instrumentaliza a discussão sobre a ciência.

Essas vertentes epistemológicas contemporâneas permitem esboçar uma tendência inovadora em epistemologia, que chamo provisoriamente, por falta de termo melhor, de “co-construtivista”. Nela incluo o realismo não-moderno de Latour, o multi-realismo de Maturana, o não-realismo de Feyerabend, as idéias de Kuhn e as de Fleck. Uso esse termo para diferenciar essa tendência daquela dos realistas e da dos construtivistas, e porque tal termo sugere estar ela entre os dois últimos, o que é pertinente.

No co-construtivismo, a realidade é pensada sempre em co-construção pela interação do ser cognoscente (ou dos actantes em rede) com o mundo. Ou seja, o mundo aí não tem características pré-determinadas imutáveis. Logo, um mundo é co-construído, é formado em e na interação dos seres (actantes) entre si e com a realidade.¹⁶

O desdobramento político dessa tendência parece ser de caráter democrático e ao mesmo tempo imprevisível. Democrático porque remete todo o saber e conhecer ao sujeito e sua vida (inserida no seu coletivo, em cultura, linguagem e valores específicos),

¹⁶ Vide a “2ª Tendência: a construção de uma epistemologia co-construtivista”, adiante.

afastando pretensões universalistas e exigências de aceitação e submissão supostamente baseadas na verdade, na objetividade, etc. Ficariam, portanto, criadas condições epistemológicas facilitadoras para a eterna tematização dos valores e interesses culturais, sociais e políticos envolvidos nas conversas sobre o mundo, o viver, a saúde, o adoecer e o tratar, estimulantes da intensificação dos diálogos e de uma renovação cultural em que o recurso à objetividade (como um argumento de força) estaria dificultado.

Desviando a atenção do mundo objetivo (e do artifício político em que ele consiste) para os “nossos mundos”, diferentes e comuns, compartilhados em parte e em parte exclusivos, como um novelo de redes em parte interconectadas, a epistemologia co-construtivista colabora para o crescimento da responsabilidade de todos e do diálogo de todos com seus convíveres, já que remete de volta sempre ao sujeito (actante) e seus projetos, interesses, conexões, ações e necessidades, o fundamento da verdade co-construída.¹⁷

Na área da saúde, os desdobramentos e correlações de uma tal perspectiva co-construtivista podem ser relevantes. Substancialmente relativizadas a verdade objetiva e científica sobre a doença, os tratamentos, as curas, ou as incurabilidades, estaria facilitada a criação de um espaço de conversa humana, onde apareceria para os cidadãos e os terapeutas a sua própria angústia e a condição humana frágil que adoecer. Mas também apareceria a competência, a eficácia e os limites dos “curandeiros” e de suas tradições na abordagem dos adoecimentos. E reapareceria o desafio e a possibilidade de todos se encontrarem, “curandeiros” entre si e com seus doentes, para a reconstrução de seus valores, saberes, tecnologias e sabedorias para uma vida melhor e mais saudável, pautados em si mesmos, suas tradições e no que podem fazer juntos.

Talvez toda uma ciência pudesse ser recriada a partir das tradições existentes, um pouco mais livre do império da objetividade única (isto é, do império de alguns), reconstruindo objetividades várias, ligadas aos adoecimentos e convalescenças vividas.

¹⁷ Ou, visto segundo a ótica das tradições de Feyerabend, pode-se dizer que “a noção de uma verdade objetiva ou de uma realidade objetiva que seja independente da vontade humana, mas possa ser descoberta através do esforço humano, faz parte de uma tradição especial que, avaliada pelos seus próprios membros, acumula tantos êxitos como insucessos, foi sempre acompanhada de, e freqüentemente misturada com, tradições mais práticas (empíricas, “subjetivas”) e deve ser combinada com essas tradições a fim de conduzir a resultados práticos” (Feyerabend, 1991, p.91).

Provavelmente teria face mais humana e mais solidária. Talvez pudéssemos esperar dela maior eficácia.

Particularmente na relação entre terapeutas e doentes, estaria facilitada a abertura de uma arena de troca e interação entre mundos diversos, onde o mundo dos terapeutas (científicos), então menos pesado, menos impositivo, menos cheio de verdades universais comprovadas, menos pressionado pela obrigação de onisciência e onipotência, menos escudado em verdades objetivas a lhe proteger (e ao mesmo tempo oprimir), poderia mais facilmente permitir um encontro com um outro mundo bem diferente. Um encontro “curandeiro”-doente mais harmônico, com maior diálogo, com maior cuidado, com melhor participação mútua, onde ambos fariam o melhor que podem para trilhar um caminho de cura, ligado e fundado neles mesmos, suas vidas e seus aprendizados (que carregiam uma ou mais de uma tradição de cura, certo universo cultural de valores e interesses).

2ª tendência: a construção de uma epistemologia co-construtivista.

As discussões sobre o conhecimento humano, a ciência, as tradições, a biologia do conhecer, os paradigmas, os estilos de pensamento e os programas de pesquisas científicos indicam uma tendência que se pode chamar de uma nova epistemologia, que proponho chamar de co-construtivista.

Co-construtivista por diferenciação da vertente realista hegemônica, pautada na objetividade, que supõe uma única realidade transcendental aos sujeitos, a que se teria acesso privilegiado via ciência. Também para acentuar o distanciamento do positivismo e seus desdobramentos e influências, bem como para marcar a diferença do polo “representacionista” da epistemologia, segundo o qual o conhecimento é tido como uma representação mental da realidade.¹⁸

¹⁸ Tarride (1988). O autor contrapõe duas grandes tendências epistemológicas nos termos referidos (construtivismo x representacionismo). Para uma discussão filosófica sobre o representacionismo ver Rorty (1994). Vide também Maturana (1999).

Essa epistemologia carrega um cunho construtivista, porque centrada na participação dos sujeitos (actantes) do conhecimento, tanto individualmente (pelo “interior” do sujeito e sua cognição) quanto coletivamente, cultural e historicamente (pelo “exterior” ao sujeito, seus paradigmas, valores culturais etc), na co-construção do mundo vivido.

No entanto, não é só construtivista a epistemologia anunciada, já que não é arbitrária essa construção, nem independente do mundo ou da(s) realidade(s) “externas”. Nem de um mundo físico, natural; nem de um mundo cultural, social, histórico e psicológico que circunda o investigador ou seu coletivo. Se tem um caráter construtivo inexorável, essa nova epistemologia não é referida apenas às construções simbólicas, mentais, teóricas, etc. dos homens. Uma conotação apenas construtivista poderia se confundir com um construtivismo mais voltado para as realidades e mundos simbólicos ou sócio-lingüísticos das pessoas. Ainda que pertinentes e aparentadas, essa visão construtivista não deve ser confundida com a epistemologia co-construtivista aqui anunciada. Esta última versa sobre a própria e total descrição da realidade, em todos os seus aspectos, “naturais” e “culturais”, e envolve múltiplos atores e actantes de construção, suas redes, sua história e o mundo ao redor.

O conhecimento, aí, é parte autônomo e arbitrário - puramente ativo, projetado, idealizado; parte co-construído - captado ativamente, fruto da interação da atividade perceptiva formadora com a pressão e ação do mundo e de seus actantes sobre a mesma; parte passivo - objetivo, fruto da marca do mundo e da articulação dos actantes sobre a cognição. Note-se, é importante ressaltar, que não se pode separar nenhuma dessas partes das demais. Como disse Fleck, é impossível expor os elementos passivos do saber sozinhos. Ou, como diria Maturana, conhecer é viver.

Daí o prefixo “co”, de co-construtivismo, uma vez que o ser cognoscente e “a realidade” co-constróem um mundo e o conhecimento a partir do encontro, da interação e da articulação complexa entre ambos. Ambas as partes e suas várias dimensões participam dessa co-construção e se transformam nela.

O termo e a idéia de “co-construtivismo” são devedores de e andam de par com a perspectiva desenvolvida por Campos (2000), na saúde coletiva, a respeito da “co-produção” de sujeitos e da “co-gestão” de coletivos. Ambos procuram construir noções para transitarem entre pólos dicotômicos insolúveis.

Campos parece ter buscado, com suas idéias de “co-gestão” e “co-produção”, uma saída para fugir às dicotomias modernas impossíveis, indesejáveis e enganosas, que se polarizam na área de saber e prática da saúde coletiva, particularmente na gestão de equipes de saúde (coletivos organizados). Isso é evidente, por exemplo, na tensão entre a gestão dos outros (profissionais de saúde, funcionários públicos, etc) e a autogestão dos grupos; entre a noção de autonomia dos sujeitos ou grupos e a submissão dos mesmos às estruturas e forças (políticas, sociais, ideológicas), que os determinariam.

Na assunção desse prefixo “co”, nos três neologismos acima, está-se, enfaticamente, propondo que não se pode dissociar ou padronizar uma determinação unilateral ou mesmo multilateral entre as partes envolvidas no processo e sua ação. Há sempre que se investigar e trabalhar sobre o processo (de construção do conhecimento, de gestão de coletivos, de produção de sujeitos), tendo-se ciência de que não se conhece todas as partes envolvidas, nem suas potências exatas, nem os resultados de antemão. As partes são mutantes, têm potência variável, estão se inter-influenciando e co-construindo durante o processo, sendo isso inevitável e aproveitável.

Logo, na epistemologia co-construtivista não se parte mais da independência entre sujeito e objeto, ou da existência de um mundo real “dado” a ser desvendado. Nessa perspectiva, trata-se do reconhecimento da *co-construção de um mundo* inevitavelmente ligado ao homem e suas conexões com redes e mediadores, fruto da interação deles, das aspirações e dos valores em conexão. Já não se pode mais requisitar como único fundamento do saber a fidelidade a “dados” independentes¹⁹. As realidades são acessadas pelos homens através de ativa co-construção em ação, incluído aí o que se chama o “mundo exterior”.

¹⁹ “A aceitação da existência de um mundo exterior, independente do observador, mas ao alcance de sua percepção, tem dado lugar à idéia de que não é possível tal independência.” (Tarride, 1998, p.49)

Varela (1991) diz que o processo de cognição nos seres vivos e no homem apresenta certas características singulares muito diversas do senso comum e da maioria das epistemologias. Uma delas é que a cognição não é a representação de um mundo pré-dado, independente, mas, em vez disso, é a criação de um mundo. O que é criado não é “o” mundo, nem uma representação “do” mundo, mas sim “um” mundo. É claro que não se trata de sustentar que há um vazio lá fora. Há um mundo lá, mas ele não tem nenhuma característica pré-determinada. Ou seja, não se afirma que não há nada, mas sim que não existem “coisas”, que não há um mundo que seja independente do processo de cognição, e esta não é independente da ação.

O que ocorre é que os humanos, com nossa estrutura, capacidade perceptiva, cultura, valores, idéias, ações, concepções e estilos de pensamento *co-criamos um mundo* na nossa interação com a natureza, que nasce junto conosco e conosco se transforma. Não um mundo imaginário, nem “o” mundo real, mas um mundo que é o “nosso” mundo. A cognição aí não é só representação, mas co-construção misteriosa que se dá na interação do ser vivo com o meio.

Nesse contexto, pensando-se no universo da atenção à saúde e da medicina, a realidade-objeto a ser investigada ou tratada se amplia e se torna mais complexa, englobando todo o fenômeno do adoecimento e da “doença do doente”, seu tratamento e seu movimento, quiçá, para a cura.

Não se trata de afirmar que as doenças não existem. O mundo está aí, as pessoas ficam doentes e sofrem. Pode-se dizer que existem as doenças, apenas que elas não têm nenhuma característica específica pré-determinada. No encontro terapeuta-doente, forma-se uma ou várias doenças. Isto é, todo o instrumental teórico, conceitual, clínico e tecnológico (duro) biomédico não reflete alguma evolução que finalmente desvende a real natureza das doenças e sua cura. Simplesmente porque as doenças são co-construídas pelos médicos e doentes no seu processo de viver e construir mundos. Trata-se, pois, da evolução da co-construção de um mundo que se acopla a (porque nasce e cresce junto com) certo modo de viver, agir e perceber, que gera valores, técnicas, classificações de doenças, ações em saúde-doença etc. O instrumental biomédico referido constitui-se numa interpretação dos fenômenos mórbidos e da vida que permite determinados tipos de ação - e acaba

afastando outros. Assim como outros instrumentais, saberes e práticas, provenientes de outras tradições de cura, fazem o mesmo a seu modo.

Vista sob esse ângulo co-construtivista, a biomedicina e sua terapêutica podem expandir-se para além da busca de uma suposta “verdade” científica sobre a cura ou as doenças. E podem ser atenuadas as disputas de poder, travestidas de disputas epistemológicas pelo estabelecimento das verdades ou dos métodos para obtê-las. Isso facilitaria um relaxamento das atávicas tensões e marcas da luta inicial da Ciência com a tradição ou com a Igreja na Europa, e uma abertura de horizontes mais compreensivos e dialógicos para com a diversidade das tradições de cura.

Além disso, a biomedicina ficaria enriquecida e transformada internamente com o resgate dos mistérios e desafios impostos pelo sofrimento vivido dos doentes, diagnosticáveis ou não enquadráveis na grade nosológica biomédica. Eles poderiam ganhar espaço epistemológico dentro do universo do saber-prática biomédicos, merecendo tematização e abordagem para além da doutrina que obriga a aliviar o sofrimento do paciente, que desemboca na atual avalanche de uso de sintomáticos químicos industrializados para males físicos e mentais, iatrogênica e desumanizante.²⁰

A base epistemológica que permitiria tal ampliação recairia no misterioso processo de cognição. Se o mundo construído pela cognição/ação/articulação dos cientistas é “um” mundo, num multiverso, podemos considerar que a ciência é uma tradição mutante de co-construção de mundos, dentre outras tradições, sem necessariamente ter precedência ou ascendência sobre outras formas de construir realidades, doenças e tratamentos. Pode ser a mais poderosa, organizada e crescente tradição, cuja rede abarca quase todo o globo. Mas não é a única.

Na medicina, isso abre espaço para a emergência da aceitação de que o doente, na sua vida, e o(s) terapeuta(s), na sua interação com o doente e na ação terapêutica, podem co-construir diferentes doenças e tratamentos, possivelmente coerentes (ou não), consistentes e eficazes (embora diferentes), que podem auxiliar o doente, melhorar sua saúde, enriquecer sua vida e sua autonomia.

²⁰ Para uma discussão mais detalhada ver Tesser (1999) e Illich (1975).

Estariam, portanto, abertos caminhos epistemológicos para estudos e diálogos não-etnocêntricos com outras medicinas e tradições de cura, ditas não-científicas, alternativas ou complementares. Essa abertura é viável se conseguirmos relativizar as convicções e heranças modernas. Os diálogos daí decorrentes podem permitir uma interação entre tradições de cura que resultaria, por hipótese, e como algumas experiências vêm demonstrando, em benefícios mútuos, particularmente para os doentes.

Contudo, tais benefícios parecem demandar e depender de transformações nas concepções sobre o saber dentro da biomedicina e da biociência - dentre outras transformações -, associadas a uma correspondente mudança nos terapeutas (biomédicos), envolvendo aspectos múltiplos (cognitivos, éticos, políticos, técnicos, etc.), para o que a perspectiva co-construtivista tem grande contribuição a dar, como discuti no capítulo 2.²¹

Poderia nascer daí uma epistemologia comparada em saúde-doença, da qual hoje pouco ou nada se pode antecipar. Exceto, talvez, que estaria ligada aos adoecimentos de indivíduos e sua evolução global, fazendo as doenças orbitarem em torno dos sujeitos, o que seria uma revolução copernicana na saúde de profundidade considerável.

3ª Tendência: os sujeitos como centro do saber: o homem no meio da cena.

Para finalizar estas considerações gerais, pode-se dizer que está em processo a construção de uma epistemologia de caráter democrático, relativista, co-construtiva e imanente, com espaço e conexão para os humanos (as pessoas e os coletivos humanos) e não-humanos.

Tal epistemologia é humana, pois é do homem que ela surge e é a busca humana que ela reflete, na sua ânsia de entender sua vida e o mundo que co-constrói, bem como em sua ânsia de curar os adoecimentos. Além disso, é essencialmente na experiência humana, ao mesmo tempo geral-universal (que permite sempre algum diálogo) e particular-idiossincrática (individual, social e culturalmente diversa) que ela se apoia, sendo nela que pode residir seu fundamento.

²¹ Ver Varela (1992).

É também uma epistemologia imanente, já que começa a poder prescindir de bases para além de si mesma, da experiência humana e de suas tradições. Poder deixar de projetar ambições para além de sua própria vida, olhando para as possibilidades e responsabilidades internas, já presentes e sempre possíveis de serem assumidas e desenvolvidas. Nessa imanência apenas anunciada e pressentida, pode-se encontrar bases sustentáveis de democracia, solidariedade e auto-sustentabilidade, coerentes com um convívio humano e não-humano mais solidário e menos violento.

Assim, um suave deslocamento pode ser operado, ainda que agora apenas potencialmente: ao remeter-se sempre e inexoravelmente para a experiência humana e, portanto, para o homem e sua vida, o saber (científico e outros) poderia começar a resgatar a sua antiga e importante função, missão, objetivo: o de se tornar (ou voltar a ser reconhecido como) mais e mais uma indicação, um meio, um instrumento e uma metáfora que aponta para a vida do homem e suas buscas, necessidades e desafios. E menos visto como um inigualável instrumento de guerra. Um instrumento que não se impõe, embora possa ser oferecido e ser escolhido. Em outras palavras, a importância vai deslizando do saber (poder) para o homem (viver), um deslizamento de imensas (e por agora, só possíveis) consequências existenciais, políticas e sociais.

Relativizados os enganos e excessos do iluminismo na sua aposta na liberdade via razão, e atenuando-se progressivamente o cientificismo, ainda que como uma possibilidade um tanto longínqua entre nós, podemos voltar à tematização do viver humano, coisa que a ciência deixou relativamente de lado por muito tempo, inclusive na área da saúde - ao menos de forma direta e enfática. Muito teria que ser mudado, lutos a serem elaborados, devido às ilusões modernistas de controle da natureza e das doenças. Mas a possibilidade existe e a aposta parece valer a pena.

É dentro dessa aposta e dessa tendência, que é bem mais que puramente epistemológica²², que o saber (poder) pode deixar de ser o centro para passar a ser reconhecido como utensílio do viver humano, ou, como diz Maturana, como o próprio processo do viver (o que nunca deixou de ser). Discuti-lo passa a significar, então, discutir

²² Cf. Varela, no prefácio de Maturana & Varela (1997, p.35-6).

o nosso viver coletivo. Na saúde, significa discutir as práticas terapêuticas, preventivas e curativas. Isso o torna mais democrático e menos vinculado a pequenos grupos poderosos, ávidos de domínio.

Assim, um certo pragmatismo se impõe, mas de caráter pouco superficial, já que carrega em si interrogações ligadas aos sentidos da vida do homem e seu viver no mundo, que ligam o cotidiano e os adoecimentos às profundidades epistemológicas e filosóficas eruditas (de talvez todas as culturas e estilos de pensamento, não só da ciência).

O protagonista da história volta a ser, agora, o ser humano, não a mente extirpada do corpo olhando o mundo, mas o homem conectado com seus pares humanos e não-humanos, em coletivos mais ou menos enredados e articulados de diversos modos. Nesse contexto, a solidariedade, as tensões e os domínios entre os coletivos e dentro deles podem voltar a ser tematizados e enfrentados (como queria Marx), no entanto, sem a ilusão de uma solução definitiva ou de um método todo-poderoso para revelar a verdade.

Os humanos podem mudar um tanto sua vida e seu mundo, mas devem estar sempre atentos para seus limites, para as consequências dessas mudanças (muitas imprevisíveis), para o enredamento e participação de humanos e não-humanos nelas. O homem é, aparentemente, o único actante responsável e capaz de dar-se conta dessa responsabilidade pelas ações, verdades, saberes e poderes na sua interação com seus pares e demais mediadores na construção de seu mundo.

O ser humano, social e individualmente, tem a chance de perceber que agora *“não depende mais de nós que tudo dependa de nós*. Esse é o princípio ou o fundamento novo da nova sabedoria”.²³ Essa perspectiva de Serres, facilmente compreensível se pensarmos em nós como coletivo ou sociedade, torna-se desafiadora ao ser estendida até nós como pessoas.

Na saúde e na terapêutica, isso é promissor. Constitui-se em grande contribuição a lançar luzes e reflexões na avalanche tecnológica, industrial, cultural e política que consome vultosos recursos e que aposta no controle biomolecular do corpo via

²³ Michel Serres (1999, p.225, grifo do original).

intervenção química. Nela, ao terapeuta biomédico resta projetar esperanças no futuro da Ciência (como instituição transcendental) e tornar-se um *expert* atualizado em verdades científicas, que as aplica aos seus doentes, seus corpos e suas mentes. Essa é uma postura crescente e um tipo de relação com o saber e com os outros (humanos e não-humanos) vinculada a redes sócio-técnicas, comerciais e políticas no mínimo suspeitas.

Mas as crenças modernistas dos biomédicos e a relativa eficácia política da ciência em afastar a discussão pública e política da questão do que é desejável como cuidado e tratamento de saúde têm deixado os cientistas sozinhos com seus financiadores, apostando que a ciência descobrirá a cura para todos os males (deixando a ciência decidir por si mesma o que virá a ser isso). A epistemologia que aqui se anuncia devolveria ao homem, social e individual, a responsabilidade pela co-construção dos seus mundos, inclusive quanto à saúde e à doença.

O fim do monopólio institucional da verdade demandaria que as verdades fossem contextualizadas e relativizadas, inclusive quanto aos seus modos de produção e aplicação, o que multiplicaria as verdades e possibilitaria que outras redes de práticas, articulações e saberes fossem criadas ou reativadas, a remodelar os coletivos na saúde. Mais do que isso, facilitaria que distintos valores e formas de produção de verdades, saberes e tecnologias pudessem conviver sem uma prévia hierarquização tão rígida quanto até então. Desse modo, pode-se falar com propriedade em uma democratização epistemológica.

Os homens, recolocados no centro, poderão reaprender a escolher, decidir e assumir responsabilidades, até hoje projetadas em instituições, grupos especiais de peritos (cientistas) ou verdades transcendentais, o que exigirá aprendizado e, possivelmente, participação política.

É claro que se pode resolver delegar decisões, o que muitas vezes é desejável. Em saúde-doença, freqüentemente se faz isso para um especialista de uma tradição de cura. A novidade, agora, é que se sabe que se delega e para quem se delega, e se decide mais democraticamente e responsavelmente os limites dessa delegação: atenuam-se,

potencialmente, os mitos sobre as verdades científicas e os especialistas. Acontece o mesmo com a confiança e os limites a que ela pode chegar.

Parece-me, a esse respeito, concordando com Feyerabend, que os intelectuais dariam grande contribuição à democracia e à melhoria da vida humana se apontassem seus próprios limites, os limites de sua tradição teórica: tirando a ciência e a verdade da posição transcendental atual, flexibilizar-se-ia muita coisa.

Politicamente, isso seria mais que remeter às pessoas a responsabilidade sobre as decisões importantes da sociedade e da sua vida, implicaria em retirar o veredito e o voto de Minerva dos peritos (*a priori*), ainda que esses possam ser decisivos muitas vezes. Mas isso já seria uma revolução cultural e política, ou ao menos, abriria uma arena de discussão que hoje está monopolizada por certos grupos de saber e poder restritos e idiossincráticos.

Filosoficamente, abre-se ou reabre-se o eterno tema de o homem ser a medida de todas as coisas. A meu ver, melhor essa precariedade do que a ilusão de que haveria uma medida transcendental de todas as coisas, que estaria ancorada na Ciência ou em uma instituição qualquer.

Além disso, a indeterminação epistemológica, cultural e política esboçada pela epistemologia co-construtivista tende também a reforçar os regionalismos de todo tipo, sempre em torno da experiência dos homens e dos sentidos a ela dados, suas angústias, suas necessidades, suas preferências, suas técnicas, suas decisões, suas buscas. Esses regionalismos são muito díspares ainda, e parece bom que assim seja. A nova epistemologia pode contribuir para ampliar as possibilidades de compreensão do homem no mundo, sem determinar muita coisa, sem querer hierarquizar o mundo dos saberes e muito menos uniformizá-lo. Ou seja, tal quadro aponta para a desomogeneização relativa do mundo, com a proliferação de redes distintas das redes atuais das ciências ou a diversificação qualitativa delas .

Na área específica da terapêutica, estaria facilitado o ambiente para o deslocamento do saber das doenças como inventariadas pela biociência, essas entidades transcendentais que estão além dos homens doentes e de seus terapeutas, para um saber-

fazer co-construído, dependente da situação e do par terapeuta-doente. Possibilitado o nascimento de uma epistemologia comparada, esta facilitaria o convívio de diversas tradições e competências de cura dentro dos terapeutas e/ou das instituições de saúde, gerando uma proliferação de possibilidades de interpretação-ação em saúde, a serem permanentemente julgadas, escolhidas e avaliadas por todos: doentes, terapeutas, especialistas e cidadãos em geral, conforme características culturais, valores e situações existenciais, políticas e sociais.

Seria, para finalizar, a velha (e novíssima) democracia tentando se construir e chegar à epistemologia, à atenção à saúde, à medicina e à terapêutica. As idéias co-construtivistas vêm clarear uma zona escura e tensa, até o presente, que é a presença de várias medicinas e terapêuticas no mundo e na cultura contemporânea, assim como iluminar a ausência de um diálogo significativo entre elas. Tais idéias facilitam o estudo das mesmas pela academia na área da saúde, sem reduzi-las ou enquadrá-las ao instituído na biociência. (Pois, via de regra, quando tal estudo ocorre, quem o faz são os cientistas sociais e antropólogos. Quando os biomédicos o fazem, tendem a reduzir as outras medicinas à biociência.)

A nova epistemologia discutida contribui para a compreensão dos conflitos e das tensões entre a medicina científica e as demais racionalidades médicas e terapêuticas, ao esclarecer que diferenças de estruturas de saber e prática entre elas não se relacionam, em geral, a hierarquias de veracidade (embora essas possam existir), mas sim a perspectivas culturais e de valores distintas, cosmovisões e visões de homens diferentes, bem como lutas políticas intensas, algumas atávicas e outras recentes (as quais envolvem interesses políticos, comerciais e industriais, além de questões epistemológicas - cf. Feyerabend, 1982, 1991).

Abrandando-se o componente de etnocentrismo e luta pelo poder, torna-se facilitada uma comparação entre sistemas médicos sem adesão *a priori* a nenhum deles, pautada nos doentes e na sua evolução clínica global (isto é, não centrada nos diagnósticos biomédicos como ocorre agora). Nesse sentido, todas as tradições de cura poderiam ser estudadas em seus próprios termos e, dessa forma, seria fomentado o seu desenvolvimento, a sua ajuda mútua.

Como já propôs Feyerabend (1991), pode-se doravante considerar os saberes e práticas em saúde-doença como “tradições” de cura, das quais a Biociência é mais uma, a mais poderosa atualmente e, talvez, a mais ciosa de seu poder. Com o evoluir de um certo fracasso do sonho iluminista de emancipação humana através da razão científica, o qual vai permitindo que o monopólio ilusório da cura pela Ciência e pela corporação médica seja aos poucos questionado, os preconceitos poderão abrandar-se, e tradições diversas de cura e racionalidades médicas distintas com seus valores filosóficos, culturais e humanos poderão ser reconhecidos e explorados nas suas contribuições para a melhoria da atenção à saúde de forma geral, de modo a enriquecer as possibilidades terapêuticas.

Além disso, a própria tradição biomédica muito se beneficiaria da adoção, estudo e desenvolvimento da epistemologia aqui anunciada (co-construtivista), a qual permitiria uma melhor autocompreensão do que fazem e sabem os terapeutas biomédicos, facilitando a percepção mais tranqüila e realista dos limites desse saber/prática e de suas potencialidades. Facilitaria uma renovação e re-significação das metodologias usadas, tornando viável e visível a construção de outras ou de modificações necessárias nas já existentes.

Esse co-construtivismo aplicado facilitaria o diálogo com os doentes e não-médicos e devolveria aos biomédicos, sem tanta angústia, o infindável desafio de tratar o melhor possível dos adoecimentos dos doentes, para além de suas doenças biomedicamente definidas. Ao mesmo tempo, autorizaria esses terapeutas a exploração cuidadosa de tecnologias, valores e saberes alienígenas, inexplorados pela biomedicina. A esse respeito, por exemplo, as idéias de Feyerabend (1979, 1982, 1985, 1991) são de valia teórica, filosófica e política.

Como desdobramento, toda uma nova metodologia de teste terapêutico, plural sob o ponto de vista interpretativo e teórico, poderia e deveria ser desenvolvida para superar os modelos restritivos hoje em vigor na validação científica de intervenções, inclusive para poder abarcar a participação mais ativa dos próprios doentes nos seus tratamentos e superar o esquartejamento epistemológico dos mesmos.

Essa metodologia deveria ser apegada à evolução clínica dos doentes, como âncora empírico-pragmática, para libertar a terapêutica das definições de doenças tanto da biociência como de outras teorias ou interpretações. E deverá, simultaneamente, manter um realismo experimental sustentável eticamente. Deveria ser auto-reflexiva o bastante para flexibilizar sua rigidez racionalista sem abandonar a razão (usá-la sem ser escrava dela). Saber reconhecer-se limitada, localizada em paradigmas e estilos de pensamento ou num sincretismo lúcido, assumido e dosado.

Estar-se-ia, com isso, preparando o terreno epistemológico e metodológico para uma expansão e enriquecimento da terapêutica oficial, dominada e restringida pela quimioterapia e cirurgia e pelos padrões-ouro de validação de intervenções (ensaios clínicos controlados, coortes, etc).

Hoje, os atores sociais mais resistentes a essas mudanças, esses desafios e essa colaboração mútua entre tradições de cura parecem ser os biocientistas e médicos - e por vezes alguns sanitaristas -, imersos em convicções epistemológicas sobre a pureza dos métodos científicos e sobre o monopólio da verdade pela ciência. Tais atores ficam, portanto, imersos num jogo político que, sob o ponto de vista de eficácia terapêutica e de sua diversidade, prejudica a todos, particularmente os doentes. Daí a importância da divulgação e da exploração da nova epistemologia contemporânea na área da saúde.

Particularmente quanto à formação profissional dos terapeutas, a proposta é que uma nova concepção de saber deve ser construída e ensinada aos terapeutas da saúde - médicos principalmente - de base co-construtivista e centrada nos sujeitos. Essa concepção induz a que se resgate para dentro do saber/prática biomédicos o “adoecimento do doente”, hoje obstaculizado epistemologicamente pela centralidade do diagnóstico e da terapêutica nas entidades doenças.

As razões dos epistemólogos estudados parecem ser boas e bem fundadas para serem ignoradas. Talvez, mesmo sem o debate esotérico e especializado dos epistemólogos, na área da saúde, se possa sentir no dia-a-dia a fragilidade e a precariedade das verdades paradigmáticas e dos exemplares (no sentido kuhniiano) vigentes na atenção à saúde. Também pode ser notado o tipo de articulação suspeita e mercantil presente na rede

sócio-técnica orientadora da produção da maior parte do saber e da prática dos terapeutas biomédicos.

Parece não haver saída possível que não seja desistir da busca obsessiva pelo paraíso prometido (nunca encontrado), do sonho moderno biomédico de controle racional das variáveis (ou, agora, genes) responsáveis pelas doenças. Essa renúncia, no entanto, não contém apenas sofrimento, desilusão, resignação e luto. Antes²⁴, já comentei que ela pode ser fértil se associada à esperança de aprendizado genérico que tanto a própria frustração pode gerar quanto outros mundos de conhecimento, pensamento, técnicas e valores podem proporcionar; os quais podem estar tanto dentro da Biociência, (marginalizados em geral) quanto fora dela.²⁵

De qualquer modo, a nova epistemologia tende a se centrar nos sujeitos, carregar sempre em si a humildade de ser apenas mais uma versão das coisas, abandonar a ambição de controle, monopólio ou descrição “real” das doenças e dos tratamentos. Lembrará que todo adoecimento é co-construído no complexo e, por vezes, tenso mundo do doente na sua vida, e a interpretação dele é também co-construída entre o doente, o terapeuta e seus universos de valores, crenças, esperanças e sentimentos, inseridos em um ambiente cultural e social com história própria.

Seguindo na direção traçada, proponho a seguir algumas idéias norteadoras do que considero uma vertente de exploração epistemológica teórica e empírica, mas sobretudo clínica, na saúde e na terapêutica, a serem desenvolvidas.

Relembro aqui que sou antes de tudo um aprendiz de curandeiro, um técnico da saúde, um médico que atende pessoas doentes. Logo, por força de situação existencial, competência, interesse e necessidade terapêutica é que esboço as idéias que seguem como um quadro parcial para finalizar este estudo, do ponto de vista teórico, e preparar uma posterior exploração/aplicação empírica das práticas em saúde-doença na perspectiva co-

²⁴ Tesser (1999, p.155-75).

²⁵ Faço minhas as palavras a esse respeito de Boaventura Santos (2000): urge resgatarmos os saberes vencidos e suprimidos de dentro da ciência, tanto quanto os de fora dela, para que possamos reconstruir uma paradigma prudente para uma vida decente, no qual uma nova ética e uma nova estética estejam associados com o que chama conhecimento-emancipação, um conhecimento cujo núcleo de valores vitais seja a solidariedade.

construtivista. Tais idéias se inserem em uma linha de trabalho em construção por alguns autores no Brasil²⁶ e mesmo no mundo, envolvida na discussão e validação de saberes/práticas em saúde com estruturas, valores e estilos de pensamento diferentes dos científicos, sem redução ao paradigma biomédico atual.

Partirei de uma crítica da conceituação corrente de “senso comum” e de “tradição”, defendendo sucintamente sua imprecisão no que diz respeito à complexidade e diversidade (e a interação mútua) de saberes/práticas nas sociedades. Como uma alternativa, usarei idéias já apresentadas de Feyerabend sobre as tradições, que complexificam e reorganizam a diferenciação hierárquica entre Ciência e senso comum. Essa reorganização permite reconhecer novos “atores epistemológicos” na cena antes reservada à estrela Ciência (brilhando) e ao senso comum.

Como contribuição ao reconhecimento desses novos “atores epistemológicos”, usarei idéias de Ludwick Fleck como instrumento reconhecedor de tradições especializadas em saúde-doença, ou, como prefiro chamar, tradições de cura. Essa fusão das idéias de Fleck com as de Feyerabend implicará numa transformação e especificação da noção de tradição, que acompanha a “desomogeneização” do universo amplo contido no senso comum. Assumirei a hipótese de que o modelo de Fleck de funcionamento sócio-cognitivo da Ciência em círculos concêntricos eso-exotéricos interinfluenciados, em termos gerais, pode ser aplicado, com os devidos cuidados e precauções, a outras tradições de cura. Como consequência, todo o panorama epistemológico-social em saúde-doença se transforma, tornando-se mais complexo.

Isso feito, ficará facilitado o estudo individual de tradições de cura e suas práticas, sob um ponto de vista epistemológico simétrico. Assim como fica facilitada a aplicação prática dessas tradições, ou seja, sua sobrevivência, exercício e possível crescimento (ou, como diria Latour, sua socialização em coletivos maiores), inclusive na academia. Porém, com uma dignidade epistemológica inexistente hoje, ainda por ser precisada conforme valores e opções explicitados e “democraticamente” discutidos. Essa

²⁶ Como, por exemplo, o grupo de Luz (1992, 1993, 1995, 1996, 1997, 1997a, 1998); as idéias para uma etnoepidemiologia (Almeida Fº.(1992, 2000), Fernandes(2003)); a construção do campo das medicinas complementares (entre nós, por exemplo, Barros, 1997, 2002).

sobrevivência, vale lembrar, ocorre hoje forma sincrética, mais ou menos exitosa, sob os olhos ávidos do mercado e sob os olhos pouco satisfeitos dos puristas, racionalistas e cientificistas da academia.

O senso comum e a Ciência

O senso comum e a ciência nasceram juntos. É o que nos diz Boaventura Santos (1982, 2000). O primeiro só se constitui como tal frente à diferenciação pretendida pela segunda. Para o autor, essa diferenciação, fundadora da Ciência (através do que chamou de primeira ruptura epistemológica) é tida mais ou menos como fato histórico e cultural da modernidade.

Segundo Santos (2000, p.247.), “senso comum foi o nome dado a todas as formas de conhecimento que não correspondessem aos critérios epistemológicos estabelecidos pela ciência para si própria.” A ciência moderna constituiu-se em oposição ao senso comum, que considera superficial, ilusório e falso. “Embora opostas entre si, estas duas entidades epistemológicas implicam-se reciprocamente, pois uma não existe sem a outra. Com efeito, fazem parte de uma constelação cultural que hoje em dia dá sinais de exaustão.”²⁷

A Ciência, entretanto, não nasceu no nada nem do nada. Ela nasceu em meio a uma mescla cultural européia, que tinha pelo menos duas referências ao mesmo tempo culturais, epistemológicas e políticas. Uma delas é o que se chamou de tradição. A outra é a religião, esta com grande conotação política, devido à história da Igreja Católica na Europa. Ambas referências se interpenetram e, no entanto, não podem ser confundidas.

A diferenciação epistemológica pretendida na Ciência (em relação ao senso comum) foi política e epistemologicamente hierárquica, de forma definida e homogênea. Tratou-se de erigir uma instância acima e supostamente desvinculada das tradições e religiões, que seria o critério supremo de avaliação do que é e do que não é verdadeiro: o critério seria a razão (e seus métodos) confrontada com certo tipo de prática (o experimento), ambos supostamente caracterizadores do que seria a Ciência. Feyerabend

²⁷ Santos (2000, p.108).

(1982, 1985, 1991) nos fez notar como essa eleição foi política e militarmente comprometida, epistemologicamente localizada e culturalmente restrita.

No dizer de Latour, essa eleição permitiu construir uma rede de práticas sociais controladas de extrema homogeneidade e impressionante extensão, que busca controlar o mundo a partir justamente da obsessão pelo controle dos objetos materiais como valor maior. Uma das estratégias usadas, ou resultantes do processo, é tornar universal e único o “modo científico” de produzir verdades.

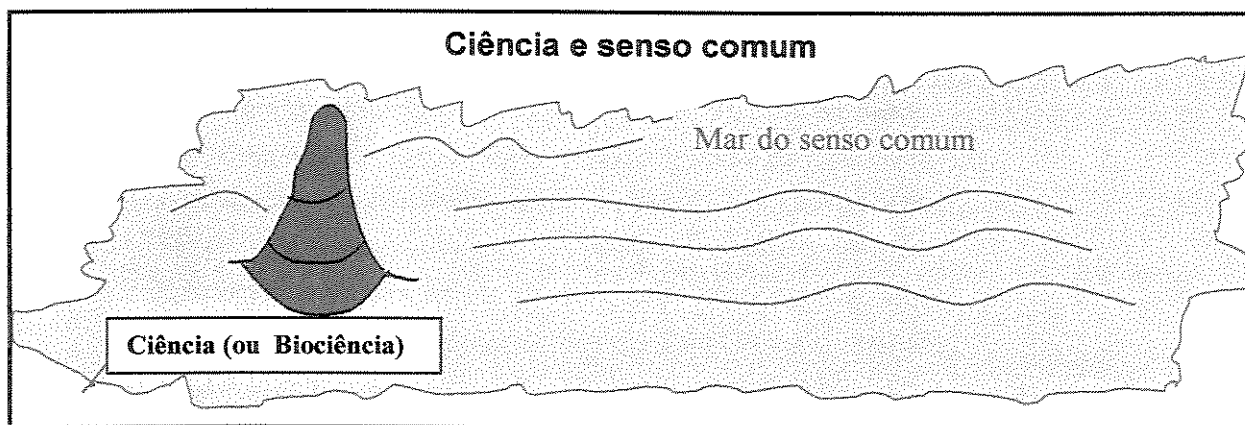
Ainda a respeito dos aspectos políticos envolvidos nessa primeira ruptura epistemológica, Santos (2000, p.241-2) é claro ao comentar sobre o impacto da construção da perspectiva única aplicada aos saberes. Se isso possibilitou uma inteligibilidade nova do mundo, teve um preço muito elevado:

a imobilidade do olhar e os antolhos necessários à criação de uma visão única. Esta visão única é o que melhor caracteriza a ciência moderna e a sua ruptura epistemológica, tanto com o senso comum, como com todos os outros conhecimentos alternativos. O reverso da força da visão única é a sua incapacidade para reconhecer visões alternativas. (...) Seja qual for o conhecimento que não se adeque à imagem refletida no espelho, é rejeitado como uma forma de ignorância. A visão única, longe de ser um fenômeno natural, é o produto consubstancial, o produto/produtor original, da destruição criativa da ciência moderna. (...) Por outras palavras, o privilégio epistemológico da ciência moderna é produto de um epistemicídio..

Eu nada teria a objetar ao tratamento comumente dado a essa diferenciação entre Ciência e senso comum, inclusive o de Boaventura Santos, não fosse pelo detalhe importante que parece ter passado despercebido dele e da maioria dos epistemólogos, filósofos e intelectuais, a não ser em raras passagens como a acima: o senso comum igualou, do ponto de vista epistemológico, tudo aquilo que ficou de fora da Ciência. Esse “resto” tornou-se tradição, religião ou senso comum, como se mesmo eles fossem homogêneos entre si do ponto de vista epistemológico, além de mancomunados num conluio político e cultural que mantinha os homens presos na obscuridade.

Mais importante ainda, como síntese dessa igualação, a primeira ruptura epistemológica gerou a ilusão de que só havia nas sociedades e nas culturas essas três grandes instâncias gerais de referência, excetuando-se a Ciência: religião, tradição e senso comum. Todo aquele conjunto variável e múltiplo de conhecimentos, técnicas e práticas presentes nas sociedades, a partir daí, ficaram homogeneizados nos preconceitos científicos, dignos de combate e desqualificação.

No fim do século XX, após a vitória política da Ciência e a diminuição dos poderes das religiões e tradições, essa multiplicidade de saberes e práticas não-científicas transformou-se aos olhos dos cientistas, dos intelectuais, da opinião pública, enfim, de um número cada vez maior de pessoas, em mais senso comum. Pode-se ilustrar tal situação metaforicamente visualizando que, após a suposta derrocada do poder religioso e tradicional, restou epistemologicamente o mar do senso comum e a Ciência despontando como uma ilha solitária de excelência epistemológica nesse mar, como na figura que segue.



Contemporaneamente, muitos intelectuais humanistas, marxistas e/ou democratas pararam de combater o senso comum. Reconhecem o seu valor e sua importância. Como Boaventura Santos, propõem algo como uma segunda ruptura epistemológica, em que se deve romper com a ciência em busca da reconstrução de um novo senso comum. Esse novo senso comum seria fruto dessa segunda ruptura epistemológica, seria influenciado e incrementado pela Ciência transformada nesse confronto.

A proposta é valiosa e pertinente, nada tenho a divergir dela, a não ser pelo detalhe de que mantém e reforça esse preconceito de que fora da ciência só há algo supostamente homogêneo e inferior (epistemologicamente) que se chama senso comum.

Isso introduz um dos pontos principais, uma das hipóteses centrais aqui desenvolvidas, que vai justamente na direção contrária desses preconceitos já transformados num “senso comum da ciência”.²⁸ Trata-se de atenuar esse preconceito de que, no mundo extracientífico, só há senso comum, só há pequenas verdades culturais e pessoais, religiosas ou tradicionais, superficiais e ilusórias, representações sociais ou pessoais das quais os sociólogos, antropólogos ou “cientistas naturais” extrairão verdades, essências, estruturas e saberes profundos e verdadeiros.

Uma vez quebrado tal preconceito, parece, à primeira vista, que ficamos desorientados. Como reconhecer e diferenciar os habitantes desse mar do senso comum? Haveria outros faróis nesse mar além da biociência, relativamente à saúde? Como nos orientar nele?

Uma vez quebrado o império do preconceito para com o lado de fora da Ciência, que desconhecemos na sua quase totalidade (na área da saúde), estremecem também os mitos, preconceitos e ilusões para com o lado de dentro da Ciência. Ela seria assim tão homogênea como parece quando a tratamos com “c” maiúsculo?

Por sorte, alguns cientistas e epistemólogos resolveram colocar sob sua mira a própria Ciência como atividade real e puderam esclarecer algo dessa questão, como mostrei nos capítulos 1 e 2. De suas idéias, posso derivar alguns instrumentos conceituais para navegar nesse mar desconhecido onde habitam as ciências (precavidamente no plural e minúsculas) e outros seres sócio-cognitivos estranhos, principalmente na área da saúde. O principal desses instrumentos é a idéia de tradição, que passo a reconstruir associando-a às idéias de Feyerabend, Fleck e Latour.

²⁸ Na mesma linha de raciocínio de Bronowski (1977).

As tradições

O termo tradição tem um significado corrente cujo núcleo básico é comum no linguajar coloquial e no linguajar acadêmico. De certa forma, parecida com o senso comum, trata-se de tudo aquilo que, hoje e na história da ciência, é ou foi considerado “fora” dela, ou alheio à sua “essência”.²⁹ Mesmo quando aplicada ou reconhecida dentro da ciência, em geral a palavra preserva esse sentido mais ou menos nebuloso e está dentro de um contexto que visa ou pressupõe sua diferenciação da ciência.

Excetuando-se os estudos históricos, sociológicos e filosóficos que tratam especificamente sobre o assunto, os quais entretanto não têm quase nenhuma consequência prática para as demais áreas e disciplinas científicas – nem lhes diminuem os preconceitos – grande parte do discurso científico assume, aceita e vive uma batalha quase mortal contra um suposto monstro que seria a tradição. Ora identificada com a Igreja na Europa de séculos atrás, ora identificada com os empecilhos culturais aos avanços científicos, é contra a tradição e, supondo-se diferente desta, que a Ciência buscou e conquistou para si o maior poder de produtora de verdades contemporânea.³⁰

O sentido mais comum, coloquial e academicamente, da palavra tradição remete aos conhecimentos, valores e técnicas que passam de geração em geração, no sentido genérico de uma sabedoria de longo tempo, testada pela experiência de muitas gerações, jornadas e provações e de uma vida longa, transmitida oralmente predominantemente por linhagens familiares, num contexto de uma certa homogeneidade cultural, que tornava possível sua transmissão por comunicação pessoal e através das gerações.

Tal conjunto é composto de histórias, técnicas, sentidos e significados extraídos do acervo resultante da conjunção da experiência vivida com os conhecimentos herdados. Essa tradição, típica de culturas ditas “tradicionais”, costuma ser transmitida pelas famílias transgeracionalmente e por anciãos disseminados entre as gentes, associados, não sem

²⁹ Prigogine & Stengers (1997), por exemplo, usam, referindo-se à fundação da Ciência e suas dificuldades, expressões vagas do tipo: “quebrar o colar de ferro da tradição” (p.32).

³⁰ Ver Prigogine & Stenger (1997, cap1: O projeto da ciência moderna.). Também Luz (1992).

razão, a uma “sabedoria”, fruto das experiências e aprendizados referentes ao homem e à vida³¹ (não estando, via de regra, institucionalizada de forma rígida).

A visão moderna e científica projetou nas tradições uma homogeneidade característica, ao menos quanto a um aspecto: todas seriam permeadas por um dogmatismo generalizado, um apego ao instituído e aceito, que não admitiria contestação e inovação – esta última, por sinal, marca cultural típica da modernidade.³² A esse respeito, tradições, religiões e senso comum seriam irmanados e semelhantes. Essa característica lhes comprometeria a “qualidade epistemológica”, lhes bloquearia a capacidade de produção de verdades, lhes impediria uma “excelência epistemológica” que só a Ciência moderna portaria, devido ao seu negativismo crítico e questionador.³³

No entanto, parece ser grosseiro, pouco sustentável e obscurecedor das realidades epistemológicas e sociais uma tal distinção e homogeneização. A distinção entre Ciência e as tradições, religiões ou senso comum tem um efeito igualador (epistemologicamente) que é arbitrário. Se isto foi útil na luta política travada pela Ciência, da qual esta é vencedora, hoje já parece não ser mais necessária.

Os coletivos (de humanos e não-humanos) são muito díspares, seu funcionamento epistemológico mais complexo, o conhecimento dos homens nas sociedades e culturas diversas mais diferenciado e dinâmico do que essa versão simplificada pode fazer crer - mas que todos nós aprendemos e usamos desde a mais tenra escolaridade.

Tanto as tradições e religiões como o senso comum, mergulhados um no outro conforme o caso, prestam-se a personificar várias projeções dos medos, preconceitos e adversários políticos da Ciência. Que tenham sido no passado reais combatentes - o que pode ser verdade - não é motivo para aceitarmos cegamente o preconceito hoje.³⁴

³¹ Esse é o sentido geralmente aceito pelos estudos acadêmicos históricos e filosóficos para o termo “tradição”, (vide por exemplo, Benjamin (1994)) que não adotarei aqui. Proporei uma especificação para certos fins operacionais na saúde-doença. Vide adiante

³² Cf. Demo (1997).

³³ Esta perspectiva é exemplarmente ilustrada por Popper (1972). Uma síntese dessa sua discussão sobre tradições encontra-se em Elias (2000, cap.3).

³⁴ Até para uma luta mais eficaz, convém conhecer de perto e melhor o inimigo, correndo-se o risco desse conhecimento destruir a inimizade, tornando a guerra sem sentido (ou correndo o perigo da mudança de lado).

Além disso, essa diferenciação entre ciência e tradição tende a nos induzir à consideração de que a tradição é só uma, ou homogênea. Em outros tempos ou sociedades exóticas bem delimitadas, isso pode ser aceitável. Contemporaneamente, porém, a situação é bem mais complexa. Muitas tradições encontram-se imiscuídas nas sociedades mais ou menos “modernizadas”. Como não é meu objetivo destrinçar tal complexa questão, faço um desvio para abordá-la por um outro ângulo, mais lateral, “comendo o tema pelas beiras”. Para isso, recorro às idéias de Feyerabend, Fleck e Latour, que permitem abordagem das mesmas num sentido mais localizado e estruturado do que o que foi discutido até aqui.

As tradições via Feyerabend.

Feyerabend defendeu que a hegemonia da ciência no mundo atual resulta de pressões políticas e maior poder militar, e não de alguma superioridade civilizatória, intelectual ou epistemológica. Criticou o processo de homogeneização crescente do planeta, onde tradições persistem sobrevivendo com alguma dificuldade no mundo globalizado e cientificizado, que se expande rapidamente

O autor diferenciou dois tipos básicos de tradições, ambos existentes na história das ciências e no mundo. São as tradições teóricas (ou abstratas) e as tradições históricas (ou empíricas), cujas diferenças principais de estrutura e funcionamento o autor caracterizou em linhas gerais, criticando os artifícios hierarquizantes adotados com sucesso pelas primeiras, que rebaixam as tradições empíricas quanto a seu valor epistemológico.

A Ciência constituiu-se em uma tradição específica e poderosa, embora heterogênea. Na sua prática real, comporta contradições e diferenças, longe de ser um bloco homogêneo. Dentro dela, todavia, a tradição mais antiga, sua fundadora, sobressaiu-se e é dominante. A Ciência pode ser vista como uma tradição teórica hegemonicamente, muito poderosa em áreas cruciais da vida social: na produção de armas, nas realizações materiais (no sentido da manipulação e produção de objetos “físicos”, ou seja, na produção e socialização de híbridos) e na produção de verdades tidas como evidentes, universais e objetivas.

Seguindo Feyerabend, sintetizando seu relativismo democrático, pode-se dizer que a ciência deve ser considerada como mais uma tradição existente, sendo que a sociedade deve dar igualdade de direitos e oportunidades a todas as tradições.

Aí, as tradições, valores, verdades e tecnologias eleitas para uso seriam permanentemente discutidas e revisadas por todos os cidadãos ou em instituições democráticas e não apenas por especialistas (acadêmicos) ou peritos.³⁵

Aplicando-se às medicinas e práticas em saúde-doença essas idéias, seria aberto um leque de revalorização social e epistemológica dos saberes/práticas em saúde das culturas periféricas, dominadas, exóticas e em extinção, cujos valores, cosmologias e técnicas, por hipótese, poderiam trocar com a medicina científica em mútuo benefício, ou, se não, poderiam persistir por si só e se desenvolver enquanto houvesse interessados nelas, com liberdade e direito próprio na sociedade, diminuindo o grande risco de extinção que várias tradições de cura vivem hoje.

Entretanto, as idéias de Feyerabend, se permitem conceber certos grupos diferentes de saberes, práticas, valores e praticantes em torno do que chamou de tradições, elas preservam o tom homogêneo e mal delimitado (ou mal especificado) do sentido usual do termo “tradição”, com a diferença de que agora sabemos que também a ciência é uma tradição como tantas, e das grandes.

Essas idéias não fornecem, contudo, critérios para se localizar no mundo social as tradições. Usando a imagem que usei acima, elas não permitem reconhecer no mar do senso comum as tradições, como elas se diferenciam entre si e desse mar, como reconhecê-las dentre outras criaturas desse mar, como saber quais delas nos interessam ou quais delas mereceriam maior atenção, do ponto de vista da atenção à saúde (para além da distinção entre teóricas e históricas proposta pelo autor). Mais ainda, deixam-nos sem instrumentos para tentar conhecer epistemologicamente essas tradições - supondo-as reconhecíveis - para além de relatos transformados e analisados em representações pelos antropólogos e sociólogos.

É neste ponto que entram as idéias de Fleck, já apresentadas.

³⁵ Ver Feyerabend (1982).

Coletivos com estilos de pensamento como tradições.

As idéias de Fleck, com sua caracterização de coletivos de pensamento portadores de estilos de pensamentos, estruturados em círculos sócio-cognitivos concêntricos (internamente) e interseccionados entre si (externamente), vêm complementar a democracia epistemológica de Feyerabend, fornecendo uma estrutura geral para as tradições que respeita as características diversificadas das mesmas.

Considero a descrição de Fleck da estrutura geral dos coletivos e dos estilos de pensamento, como ele mesmo aponta, suficientemente genérica para permitir que seja usada numa abordagem comparada entre coletivos de pensamento e estilos de pensamentos diferentes, de modo a permitir o reconhecimento e a caracterização epistemológica do que Feyerabend chamou, de forma genérica, de tradição.

Posso, dadas essas preliminares breves, fazer o casamento entre a perspectiva de Feyerabend e a de Fleck para a construção de uma novo panorama epistemológico dos saberes, sob o pano de fundo da não-modernidade de Latour.

De Feyerabend adoto o relativismo democrático e a fundamental idéia de que a Ciência é uma grande tradição (com outras pequenas tradições dentro dela, para destacarmos sua não homogeneidade) dentre outras tradições no mundo contemporâneo. No entanto, para aclarar melhor o que é uma tradição e como ela funciona, coisa que Feyerabend pouco esclareceu, a não ser pela negativa (questionando os mitos metodológicos da ciência com seu “Contra o Método”) e pela tipologia geral que reconheceu (o caráter teórico e ou histórico das mesmas), recorro aos conceitos de estilo e coletivo de pensamento, com seu funcionamento sócio-cognitivo em termos de círculos exotéricos e esotéricos inter-influenciados hierarquizados, descritos por Fleck.

Desse casamento, nasce a perspectiva de olhar as sociedades e as tradições nelas presentes tendo como referência a estrutura hierárquica de mútua transformação cognitiva dos círculos esotéricos e exotéricos de saber e a vigência de um estilo de pensamento - ou paradigma (ampliando o sentido do termo kuhniano). Esse elementos seriam parâmetros para o reconhecimento de tradições, que agora podem se distinguir do

senso comum, das quais a ciência é a mais conhecida e na qual estamos mergulhados na academia.

Não se deve projetar esperança, possivelmente ilusória, de que outras tradições não-científicas apresentarão estruturas e funcionamentos internos semelhantes aos da Ciência nos seus círculos eso-exotéricos. De qualquer modo, parece-me sustentável que a estrutura básica de hierarquização com influência bidirecional entre esse círculos, caracterizando a dinâmica genérica dos coletivos de pensamento e formando seus respectivos estilos de pensamento, conforme proposto por Fleck, pode ser usada para o reconhecimento de tradições como coletivos de pensamento hierarquizados, organizados e especializados. Tal estrutura diferenciaria certas tradições, por serem epistemologicamente mais organizadas e elaboradas, do plural, supostamente superficial e indeterminado senso comum, bem como de outras tradições menos estruturadas. Esses coletivos organizados portadores de estilos de pensamento, na área da saúde, poderiam ser considerados como tradições especializadas de cura, ou apenas tradições de cura.

É claro que os modos de funcionamento dos estilos de pensamento e os valores de outras tradições não-científicas serão diferentes dos científicos, mas isso em nada impede que se possa reconhecer atividades de investigação e construção de saber esotéricos por fundadores, construtores e/ou pela vanguarda remanescente de outras tradições de cura. Poder-se-ia estudar e reconhecer o metabolismo e legitimação do seu saber/prática por sua respectiva massa de praticantes até sua incorporação nos “manuais” respectivos (ou seus equivalentes), inclusive com seu desdobramento em saber exotérico, bem como a influência exercida por este último em sentido contrário.

Tal produção esotérica vem inspirada, dirigida e orientada por estilos de pensamentos, diferentes dos científicos, estranhos a nós, relacionados aos seus círculos exotéricos, orientados por cosmovisões, valores e métodos próprios.

Apenas por preconceito é que se pode considerar sem sentido ou sem fundamento outros coletivos de pensamento e estilos de pensamento em saúde-doença diferentes do científico. Se outros estilos de pensamento, particularmente nos seus círculos esotéricos, encaram as inovações ou críticas de forma diferente da visão moderna e

científica, não são obcecados por elas, as vêem com cautela, aversão ou naturalidade, são questões a serem elucidadas. Qualquer que seja a resposta em cada caso, ela por si só não deve bloquear a possibilidade de se considerar a qualidade epistemológica dos mesmos. A postura moderna e científica atual de supervalorização da inovação não parece ser uma garantia de qualidade epistemológica essencial.

A incorporação da crítica, tida como benéfica e típica da Ciência, por outro lado, só é aceita na própria ciência se provém de dentro dela e se é expressa nos termos do seu estilo de pensamento. A crítica é sempre triada pelo estilo de pensamento e em tempo “normal” é muito reduzida pela vigência dos paradigmas (o que é o caso, atualmente, da biociência). Outros estilos e coletivos de pensamento devem, ao menos, usufruir também dessa prerrogativa. E, mesmo assim, a possível ausência da consideração da crítica, estranha que pareça a nós modernos, pode preservar certas características, posturas, saberes e valores desejáveis. Por outro lado, pode-se pensar que não comprometem de antemão a veracidade ou qualidade de um estilo de pensamento; isso estaria por ser estabelecido.

Em todo o caso, tratar-se-á, é o que proponho facilitar aqui, de abordar, estudar e experimentar, como qualquer outro tema ou problema (conforme a própria tradição científica), as características (epistemológicas) de diferentes tradições de cura, suas possibilidades, limites, eficácias.

Estudos sócio-antropológico-filosóficos e estudos empíricos tendem a sustentar essa perspectiva, cujo desenvolvimento desemboca em estudos de caso de tradições de cura específicas, que alguns pesquisadores já vêm fazendo, inclusive no Brasil.

Um exemplo acessível são os estudos do grupo de pesquisa coordenado por Luz³⁶ no Rio de Janeiro, centrados na categoria de “racionalidade médica”, a qual pode ser considerada como um descritor comum de várias tradições de cura bem desenvolvidas e organizadas em termos de sua estruturação básica (“de manual”). Seus resultados apontam para uma corroboração da perspectiva aqui proposta.

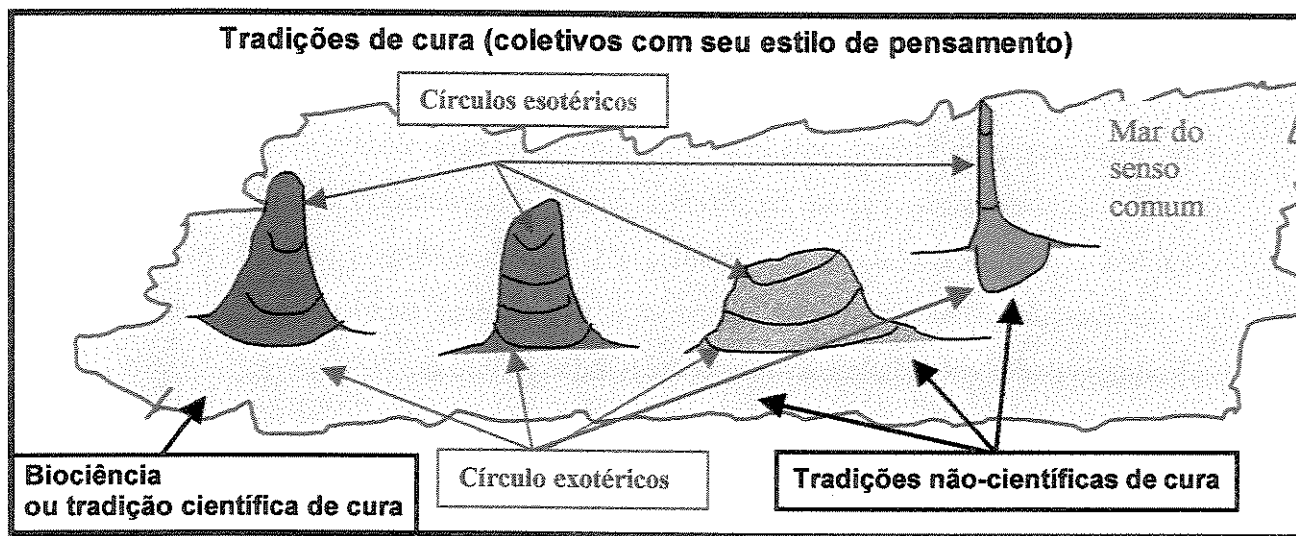
³⁶ Luz (1992, 1993, 1995, 1996, 1997, 1997a, 1998); Luz, H.S. (1993).

A categoria “racionalidade médica”, funcionando como um critério identificatório, à moda de um tipo ideal weberiano, caminha no sentido de identificar estruturas de saber/prática em saúde organizadas, num sentido análogo ao aqui proposto. Tais estruturas, para serem consideradas uma racionalidade médica, devem ser portadoras de cinco dimensões interligadas de forma coerente e sistematizada, a saber, uma doutrina (“médica”), uma dinâmica vital (ou “fisiologia”), uma morfologia (descrição ou “anatomia” do ser humano), um sistema de diagnose e um sistema terapêutico; embasadas numa cosmologia como sexta dimensão subjacente a todas as outras.

Outro exemplo é o estudo de Chibeni (2000, 2001), já mencionado, que aborda uma tradição de cura ocidental para-científica, a homeopatia. Digo para-científica devido ao fato de que ela é filha da busca empírica e objetivista da Ciência no seu nascimento e nos seus métodos; e no entanto, é alheia à biociência, pois herdeira de um referencial explicitamente vitalista, abandonado pela biomedicina atual em termos gerais. O autor conclui que a estrutura da teoria homeopática é científica, enquanto teoria fenomenológica, conforme expressa por seu fundador, isto é, vista em seu núcleo esotérico de construção inicial, à luz das idéias de Lakatos. Isso possibilitaria que ela fosse desenvolvida, estudada e testada em seus aspectos tanto fenomenológicos como construtivos e empíricos nos seus próprios termos. Em outras palavras, prescindindo da referência à biomedicina, como corpo teórico-metodológico amplamente hegemônico.

Adotando a noção de “tradição de cura” como propus, o mar estranho do senso comum (em saúde), onde, antes, apenas despontava a ilha gloriosa da Ciência (ou biociência/biomedicina) em meio a múltiplas criaturas pouco conhecidas e igualadas epistemologicamente, torna-se ainda um mar misterioso, mas que, agora, contém ilhas relativamente reconhecíveis e estudáveis como tradições estruturadas em círculos esotéricos, portadores de coletivos e estilos de pensamento cujos metabolismos de saberes aproximam-se, por hipótese, dos descritos por Fleck.

Uma nova representação gráfica pode nascer neste ponto, onde do mar do senso comum se sobressaem várias tradições de cura no sentido especificado (conforme a figura que segue).



Com isso, o sentido genérico de tradição, mesmo o usado por Feyerabend, deixa de ser útil, o que me permite propor um novo significado para o termo, fruto do casamento dele com o de coletivo de pensamento portador de um estilo, de Fleck. Isso retira as tradições de sua diluição epistemológica anterior, permitindo discernir certas estruturas sócio-cognitivas de saber/prática em saúde que podem ser tematizadas nos seus próprios termos, produtoras, reprodutoras e praticantes de saber/prática especializados em saúde.

A partir desse ponto, pois, o senso comum deixa de me interessar, no momento, a não ser como recipiente geral onde os saberes exotéricos populares das várias tradições se encontram, se misturam e se interinfluenciam, além de influenciar os saberes esotéricos de todas as tradições. Lugar de suprema importância epistemológica, mas cujo estudo e investigação não cabem neste trabalho e na direção específica por ele indicada. Ao contrário, o que essa proposta de enfoque permite é preparar o terreno para o estudo epistemológico e comparativo justamente de algumas tradições de cura especializadas e bem estruturadas, com enfoque nos seus círculos esotéricos e intermediários, com vistas a suas práticas em saúde-doença.

Ou seja, essa proposta permanece com foco e interesse restritos às tradições, práticas e saberes estruturados e especializados social e epistemologicamente, ou, pode-se dizer, doutos. Seu mérito é o de contribuir para o reconhecimento de que, do ponto de vista de relevância e excelência epistemológica, há mais de um saber douto em saúde-doença e não apenas a Ciência. (Analogamente à categoria “racionalidade médica”, que permite perceber a existência de outras racionalidades médicas, outras razões, além da razão científica ou biomédica).

Voltando à discussão das tradições, proponho esse termo para uso com o sentido indicado, fruto do casamento do relativismo democrático de Feyerabend com a estrutura dos coletivos e estilos de pensamento fleckianos, numa perspectiva não moderna (de Latour), para o que não me ocorreu nenhuma designação ou neologismo em particular.

Uma tradição de cura, no novo sentido mencionado, passa a ser, então, um coletivo de pensamento com uma dinâmica sócio-cognitiva e cultural que se preserva no mundo social de forma mais ou menos organizada (ou que mantém uma rede de práticas, no dizer de Latour) - ainda que não institucionalizada como a ciência ou as religiões - que, entretanto, porta uma estrutura eso-exotérica hierarquizada no seu interior, com núcleos de especialização, excelência, produção, reprodução e aplicação de saber que são referência para os círculos mais exotéricos. Dada a generalidade dessa caracterização, fica claro que o coletivo de pensamento científico em saúde-doença, a biomedicina, constitui-se como uma tradição de cura. Mas outros coletivos especializados, ou outras medicinas, também podem cumprir com esses requisitos, ou, dito de outra forma, outros coletivos de pensamentos em saúde-doença compartilham certas características sócio-cognitivas comuns também às ciências.

Essas características são a diferenciação entre círculos eso-exotéricos e sua bidirecionalidade de influências recíprocas; a presença de especialistas esotéricos mantenedores, reprodutores, investigadores e recriadores do saber esotérico (a vanguarda da tradição); uma forma organizada e/ou disciplinada de produzir saber e relacionar-se com a experiência; a presença de uma instância intermediária, equivalente à ciência de manual na biociência, configurando um corpo de saber/prática, que pode, por exemplo, ser representado pela constituição de uma racionalidade médica instituída e completa; a

presença de algo como um grupo de especialistas gerais praticantes, iniciados (o corpo principal da tradição ou do coletivo de pensamento); a presença de uma camada popular/cultural como transfundo de concepções, fontes e destinatários para esse saber/prática. Além disso, ficam supostos uma cosmologia subjacente, um estilo pedagógico e métodos de reprodução (ensino, iniciação) e aplicação de saber em saúde-doença, mais ou menos explícitos, orientando a prática.

Tais são, por hipótese, características genéricas que várias tradições de cura podem apresentar ao seu modo e que não forçam um transplante cultural/sócio-cognitivo da situação científica para outros saberes e coletivos de pensamento (como poderia ser, por exemplo, a institucionalização da ciência de revista e de manuais, a priorização epistemológica para a periferia exotérica da tradição ou a preponderância do corpo principal da tradição sobre os círculos esotéricos, características típicas da Ciência, conforme notado por Fleck).

Vale notar que nos núcleos esotéricos de todas as tradições encontram-se os estudiosos (pesquisadores no caso da biociência; especialistas, “curandeiros”, místicos, sábios, mestres ou o que o valha em outras tradições) capazes de pôr em questão os fundamentos do saber, que recriam, sofisticam e transformam com maior capacidade epistemológica os saberes, sempre influenciados por seus próprios estilos de pensamento e pelas forças exotéricas, culturais e históricas que lhes afetam.

Além disso, as tradições possuem características complexas, diferenciadas entre si, com um sentido sempre presente de *pedagogia*³⁷, cujo produto é a inserção do aspirante ou iniciante no coletivo e estilo de pensamento respectivo, seja nos seus círculos exotéricos,

³⁷ Uma aproximação que ilustra a pedagogia de tradições antigas não-científicas está na descrição da *sabedoria* da tradição chinesa levada a cabo por Jullien (2000). Segundo o autor, a pedagogia da sabedoria (que julgo extensível a algumas outras tradições não-científicas) caracteriza-se muito peculiarmente de forma distinta da nossa - ocidental -, pois não tem idéias a transmitir, verdades a descobrir, ensinar ou defender: ela não é metódica, mas usa o recurso da variação, não faz proposições; mas usa da observação (ou consideração), não transmite um sentido, pois não se dirige à inteligência e, assim, não é para ser analisada ou decifrada, senão que é para ser “saboreada”, se dissolver e ser embebida, “dar o que pensar”: é *incitativa*, na medida em que não ensina, não visa dar uma lição, mas tende apenas a despertar o espírito de seu receptor; e é *indicativa*, porque apenas começa a dizer e se contenta com orientar o outro. Ao mesmo tempo alusão e sugestão, da forma mais ligeira, mas, com isso, mais contínua, ou antes, a solicitação não acaba nunca: como impôs-se tão pouco a nós, como não tem a consistência de uma idéia, em vez de forçar o pensamento, ela se infiltra nele, se dissolvendo, o “banha” e contamina, “certo sentido (sabor) se difunde continuamente, imperceptivelmente”; e vai “propagando-se tão discretamente que não cessa de levar a outros aspectos, mais vastos, mais sutis, ainda não percebidos” (p.42-6).

seja nos esotéricos. As características filosóficas, epistemológicas e fenomenológicas das tradições de cura são por demais diversas, ainda que alguns estudos apontem para certos traços comuns entre algumas delas, notadamente as não-científicas antigas relacionadas com as grandes civilizações.

No caso de tradições de cura das medicinas chinesa e ayurvédica - da Índia, traços comuns já foram descritos, em termos de ambas possuírem orientação e perspectiva vitalista.³⁸ Nessas tradições, além disso, é claro o caráter de sua imersão ou identificação com uma filosofia prática de vida (algo como uma anti-filosofia), ligada à sabedoria³⁹, cujo objetivo é restabelecer a filiação, a continuidade e o sentimento de pertencimento do homem ao mundo, à natureza e aos seus pares, dando significação, motivação, objetivos e instrumentos ao viver humano e à sua *realização*⁴⁰, incluídos aí o cultivo da saúde e os meios para preservá-la, fortalecê-la e recuperá-la quando necessário.

O que importa ressaltar, entretanto, é que a nova paisagem cultural e epistemológica revelada pelas tendências mencionadas, mais complexa e diversificada, aponta para a direção do reconhecimento de que vivemos num mundo mais rico em conhecimentos e práticas em saúde-doença do que a biociência imagina. Sugere que a obsessão pelo controle, típica da ciência da modernidade, transposta para a biomedicina e ali desenvolvida como a mais poderosa tradição de cura do ocidente, pode ser comparada com outros valores provindos de outras tradições de cura, portadoras de saberes diversos e outros tipos de tecnologias para ação.

Essa mudança de “paradigma relacional”, que desvia da disputa e convida para o diálogo e a parceria para a cura, pode ser aceita sem medo e sem desconfiança, pois todos os “curandeiros” podem se beneficiar e se sustentar da sua legitimidade social enquanto tais: aprender e ensinar nunca é demais. Melhorar a relação com o saber e com os doentes, a capacidade de cura e a compreensão sobre ela beneficia a todos, curadores e doentes.

³⁸ Ver Luz (1996).

³⁹ Vide, a respeito da *sabedoria* e da *antifilosofia* que ela implica e encerra, Jullien (2000).

⁴⁰ Esse termo é usado aqui com o sentido aberto, já que copiado do contexto tradicional de seu uso, mas não necessito mais do que esse sentido aberto, vago, imediato e acessível. Uma aproximação filosófica do mesmo está feita em Jullien (1997, 2000), mas foge aos nossos objetivos seu detalhamento.

Conceber o mundo, as doenças e seus tratamentos como co-construídos, reconhecendo a participação multilateral nessa construção; atenuar a obsessão científica pelas certezas absolutas e inquestionáveis (externamente); construir legitimidade e validade social de forma democrática para os saberes/práticas em saúde heterônomos e autônomos; abandonar o ideário positivista de única representação verdadeira do mundo e dos adoecimentos; multiplicar as verdades, torná-las complexas e relativizá-las, aumentando a sabedoria, a responsabilidade e a busca da cura; reconhecer as filiações paradigmáticas (estilísticas, tradicionais); re-centrar a clínica e a pesquisa biomédicas nas unidades individuais dos adoecimentos vividos (dos sujeitos e suas trajetórias), para além das doenças classificadas, reconstruindo a integralidade da atenção e do saber; desenvolver metodologias adaptadas para a pesquisa comparativa entre medicinas de forma simétrica (sem reduzir uma à outra); aprender a analisar os valores subjacentes às práticas e às teorias, escolher dentre eles (e elas) e manter um “equilíbrio ecológico” entre os valores; diversificar as estratégias de restrição e seleção de dados para o desenvolvimento teórico; reconhecer os limites da extensividade do saber científico atual sem abandoná-la de todo, não ficar escravos desses limites, recriar o saber em busca de completude; estudar e explorar a possível extensividade e a maior completude dos saberes/práticas alienígenas, aprendendo com eles; reconhecer o fenômeno das reduções paradigmáticas científicas; aprender a manter a duplicidade dos mundos fenomênicos (problemas de saúde) “crus” e reduzidos; explorar a redução paradigmática para um melhor manejo dela no ensino, na pesquisa, na clínica e na saúde coletiva; estudar outras reduções possíveis para enriquecer a interpretação e a terapêutica dos problemas de saúde-doença; descobrir que jamais fomos modernos e que a biomedicina é ainda uma (nova) tradição de cura com riquezas que estão se perdendo; aproveitar desse caráter tradicional para melhorar o ensino, formando “curandeiros” biomédicos que saibam usufruir das novas tecnologias geradas continuamente na biociência para a cura (bem como defender os seus doentes delas e de seu abuso); aproveitar o caráter tradicional dessa extirpe para reforçar a missão de cura dos problemas vividos, além dos cientificamente diagnosticados; recuperar a noção de responsabilidade social e a legitimação social para com os doentes no “varejo”, através da eliminação progressiva (não-ingênua) do “raciocínio defensivo” e do direcionamento da atividade cognitiva, emocional e técnica para a cura dos problemas vividos e

diagnosticados; compartilhar valores e decisões de forma “desigualmente” democrática, reconstruindo padrões locais de risco, eficácia, co-responsabilidade; oferecer interpretações reorganizadoras das representações e emoções dos doentes como instrumento de cura; deixar de agir ou sentir-se como herói solitário o tempo todo, sistematicamente,⁴¹ lutando contra monstros terríveis (doenças, dores, riscos, morte, etc); abandonar a arrogância epistemológica da onipotência e onisciência; parar de condenar os doentes à cronicidade ou à incurabilidade por limites e incompetências profissionais e/ou tradicionais (paradigmáticos); assumir esses limites humildemente e discuti-los com os doentes; parar de prometer a cura para todos os males num futuro próximo, que nunca chega; aprender a humildade de ser (ou participar de) um coletivo de “curandeiros”; ousar diferenciar-se das redes de práticas científicas, comerciais e industriais, para construir e reforçar redes solidárias de cura; perder o medo das ciências e de se entregar para elas, mas com espírito crítico; perder o medo das outras tradições de cura e de se entregar para elas, sem perder o espírito crítico; reconhecer as outras tradições especializadas de cura como fontes de saberes e práticas contribuintes para o “curandeirismo” em geral, resgatá-las e fomentá-las; estudar os “curandeiros” não-científicos e suas tradições, sua clínica e seus estilos de pensamento, aprender com eles, ensiná-los e, nisso, com eles se transformar; enfim, tudo isso é derivado das contribuições da vertente epistemológica anunciada e pode ser relevante para a melhoria da atenção à saúde, tanto para a tradição biomédica propriamente dita como para os profissionais individualmente.

Podemos, enfim, ao menos um pouco e aos poucos, deixar de ser modernos, para tornarmo-nos “curandeiros”, aquilo que nunca deixamos de ser (mas estamos perigosamente desaprendendo), parceiros de tantos outros de todas as épocas e culturas.

Agora, é o caso de ir fazendo.

⁴¹ Isso contribui muito para aumentar a lucidez sobre **quando** é necessário agir como herói, de forma unilateral, usando do poder que os biomédicos detém. Contribui também para aumentar a capacidade para essa ação e a sua eficácia, economizando a energia para esses momentos críticos. Indiretamente, também, isso ajuda a economizar a energia e torná-la disponível para outros tipos de enfoque e de atividade não tão heróicos, mas complexos, difíceis, diversificados e também poderosos, necessários para o *bom* “curandeirismo” ambulatorial cotidiano.



APÊNDICES

APÊNDICE 1

Uma hipertensão arterial resistente ou uma deficiência de energia relacionada ao “baço”?

A discussão a seguir apresenta o adoecimento de uma paciente interpretado e tratado por duas medicinas distintas em períodos de tempo muito próximos, a saber, a biomedicina e a medicina tradicional chinesa. Ela ilustra de forma simplificada a ação e o pensamento, as idéias e suas ligações entre e si e com a prática, permitindo perceber características, diferenças, estilos e dificuldades comparativas entre essas medicinas.

Foram entrevistados a paciente e o terapeuta, assim como copiados o prontuário médico da paciente e alguns documentos pertinentes (receitas, registros de pressão arterial, etc).¹ Devido a mudanças no trajeto deste estudo, que significaram a retirada dele de discussões de casos clínicos, os terapeutas biomédicos envolvidos no caso não foram entrevistados, como estava inicialmente previsto. Todavia, a proximidade cultural e cognitiva (corporativa) com o tratamento biomédico, mesmo sem as entrevistas com os terapeutas envolvidos nele, permite uma discussão sintética do caso, uma vez que o que está em jogo são características típicas de cada paradigma ou estilo de pensamento e o grosso da sua ação/interpretação.²

Vitória, 45 anos, solteira, funcionária administrativa desta universidade (UNICAMP), passou, no final de 1999, por um grande conflito, decepção e desequilíbrio emocional. Viveu, logo após, um considerável *stress* existencial: viu-se em apuros financeiros por ter dado cheques em branco a um parente muito próximo que reencontrou após anos de separação, o qual a enganou e roubou. Isso, além de a deixar muito deprimida emocionalmente, levou-a à bancarrota econômica de uma hora para outra. Ficou sem dinheiro e com o CPF restrito, por causa dos cheques sem fundo, em situação delicada até para a alimentação. Começou, pouco depois, a passar mal.

¹ Foram realizadas duas entrevistas com a paciente, de aproximadamente uma hora cada uma, e três entrevistas com o terapeuta da medicina tradicional chinesa, de mesma duração, ambas seguindo um roteiro semi-estruturado, que encontra-se em Tesser (2002).

² A descrição dos casos é feita em forma de uma síntese livre do discurso dos entrevistados.

Sentia um mal-estar; visão turva, como se tivesse borboletas na sua frente, a partir das onze horas da manhã; sentia um vazio muito grande, e esse vazio provocava um certo aperto na região torácica; não tinha vontade de estar com ninguém; a vida estava totalmente sem perspectivas; entrou realmente num processo depressivo muito grande; fazia as coisas só por compromisso. Às vezes ficava dois dias de cama, só levantava para comer. Associado a isso, tinha momentos em que o intestino funcionava bem, e outros em que ele não funcionava bem, às vezes sentia um inchaço no corpo, dor na perna. Aí, sentia mais cólica, a barriga estufava. Tinha também perda de memória e uma necessidade de doces muito grande.

Esse quadro manteve-se até início de 2000, quando, em fevereiro, Vitória procurou a Saúde Mental do serviço de saúde dos servidores da universidade, principalmente devido à perda de memória. Foi avaliada em um entrevista grupal e, juntamente com o início de um tratamento psicológico grupal (que durou seis meses) e individual (quase um ano), foi encaminhada para um clínico geral do mesmo serviço, que diagnosticou hipertensão arterial e iniciou tratamento medicamentoso (em paralelo recebeu orientação alimentar de uma nutricionista do mesmo serviço – que não alterou sua dieta pois já era adequada).

Após algum tempo, foi encaminhada pela psicóloga a um psiquiatra, que a medicou (com fluoxetina) por aproximadamente oito meses. O clínico geral, por sua vez, encaminhou-a a um cardiologista, que trocou a medicação anti-hipertensiva (diurético tiazídico), que vinha usando sem resultado, sendo que a nova droga (inibidor da enzima de conversão da angiotensina) foi usada por uns seis meses.

Fez consultas com os dois médicos primeiro mensalmente, depois bimestralmente, totalizando quatro consultas com cada um. Ambos os médicos realizaram um sumário exame físico dirigido, com ausculta cárdio-pulmonar, realizaram exames complementares, que não apontavam alterações, e prescreveram-lhe fazer atividade física (que seguiu o quanto pôde).

Resumindo a história do ponto de vista da biomedicina: Vitória apresentava um quadro emocional em recuperação, interpretado possivelmente como uma síndrome depressiva reativa exacerbada, tratado tanto por psicofármacos como por psicoterapia

individual e grupal. Isso na esfera “psi”. A hipertensão arterial leve, compreensível inicialmente pelo *stress* existencial econômico, além do emocional, apesar da boa melhora dos demais sintomas, não melhorou com o uso sucessivo de dois hipotensores, persistindo inalterada durante todo o tratamento. Desse ponto de vista - do controle da hipertensão arterial - o fracasso terapêutico era total.

A hipertensão arterial sistêmica foi considerada pela biomedicina de modos bem diferentes ao longo do século XX. Segundo Dalmaso (1998), a discussão sobre as origens da hipertensão era corrente até a década de setenta, quando começou a ser progressivamente deslocada pelo enfoque epidemiológico estatístico, que oficializou e ontologizou a noção de risco, introduzindo-o nos meandros da clínica, processo hoje já adiantado.

Antes disso, a hipertensão era vista como resultando, possivelmente, de um processo geral de inadaptação ao meio ambiente (pela teoria do *stress* de Selye), associada com a propensão constitucional individual (herança da clínica do século XIX), tendência congênita (genética) e fatores emocionais (tipo de personalidade, repressão de sentimentos de hostilidade, experiências emocionais traumáticas ou conflituosas geradoras de ansiedade secundária) - nos casos em que uma causa específica não podia ser encontrada, como a etiologia renal, por exemplo.³

Essa visão de causalidade mais geral foi sendo deslocada, a partir da década de 70, pela especificação e quantificação estatística dos fatores de risco, que apontavam que a hipertensão estaria relacionada com uma herança poligênica, modificada por influências ambientais⁴. Os fatores emocionais foram saindo de cena, o conceito de *stress* foi desmembrado em fatores específicos como vida sedentária, obesidade, tabagismo. Dificuldades de se mensurar o *stress* e supostamente de promover intervenções eficazes a partir dele, associadas com a dificuldade de mensuração, padronização e objetivação dos fatores psicológicos, geralmente obtidos através de entrevistas qualitativas, acabaram deslocando essa discussão e afastando para o passado a relação entre o psicológico e o biológico, que a medicina psicossomática da década de 70 havia postulado⁵.

³ Dalmaso (1998, pp.81-4)

⁴ Idem (p.154).

⁵ Ibidem, (p.247-8.)

Quanto mais perto da década de 90, mais organicistas, localistas, estatísticas e restritas vão se tornando as discussões. Pouco ou quase nada se discute sobre as concepções e causas da hipertensão - Dalmaso nem as menciona no seu estudo da literatura da década de 90, provavelmente por que pouco aparecem.⁶ O que é relevante agora, e toma todo o cenário, é que a partir de resultados dos estudos epidemiológicos que apontavam uma relação tanto positiva como constante entre a pressão sangüínea e o risco cardiovascular, ficou estabelecido para a biomedicina o valor de se tratar de modo agressivo a pressão sangüínea elevada.⁷

Desse modo, a hipertensão arterial tende a ser tomada pelos médicos como um problema em si, abordada de forma individual e isolada, ganhando *status* de “doença”, mais do que componente de um perfil de risco.⁸ O risco, que antes era uma possibilidade, agora torna-se uma entidade. Na década de 90, ao contrário do que ocorria duas décadas antes, a medida da pressão arterial está objetivada e incluída na rotina básica de assistência médica como *screening* para o diagnóstico. A relevância teórica e prática dessa medida e suas conseqüências são pouco discutidas, como já o foram no passado recente⁹.

Convergem na prática biomédica a concepção mais exotérica e simplificada da hipertensão arterial como doença que precisa ser tratada e a concepção mais esotérica da intervenção preventiva precoce, visando diminuir o risco de complicações futuras, mesmo que a redução de um fator de risco não traga uma redução proporcional na probabilidade de complicação e morte individual.¹⁰

A valorização do controle da pressão arterial, como diminuição do risco de complicação cardíovascular (mais freqüentemente de doença coronariana e acidente vascular cerebral), baseia-se na adoção generalizada de padrões de confiança em estudos estatísticos, tidos como os mais científicos e, portanto, verdadeiros. Consensos sobre o seu

⁶ Parece-me que se poderia, além disso, assinalar que a concepção da “doença hipertensiva” ou suas causas vão se especificando e localizando cada vez mais, na direção organicista - como se nota nas propostas recentes de encarar a hipertensão como envolvida em uma síndrome plurimetabólica.

⁷ Dalmaso (1998, p.212-3). O risco em questão refere-se à mortalidade e morbidade por doenças cardiovasculares - a primeira causa de morte das populações do primeiro mundo e também do Brasil.

⁸ Dalmaso (1998, p.61).

⁹ Uma rara exceção, entre nós brasileiros, vem de Kloetzel (1998, 1999), que oferece uma abordagem crítica e bem fundamentada dos padrões gerais de conduta diagnóstica e terapêutica para o problema.

¹⁰ Dalmaso (1998, p.245).

tratamento são elaborados por comitês de especialistas e difundidos como conhecimento de excelência, que deve orientar a atividade biomédica¹¹.

Nos anos 90, em relação às décadas anteriores, não há só uma tendência a aumentar a intervenção, restringindo os padrões aceitos como normalidade (as medidas médias aceitáveis para a pressão arterial) - o que leva à necessidade de tratar um número maior de pessoas e usar dosagens e medicações com maior efeito - mas também não se encontra nos textos tantas referências aos cuidados com a terapêutica, fazendo supor que a medicina hoje considera as pessoas mais homogêneas, dá menos importância aos efeitos colaterais e tem mais confiança no efeito positivo das drogas.¹²

O tratamento consiste primariamente na ingestão de medicamentos industrializados (quimicamente purificados ou mesmo produzidos) de efeito hipotensor, de uso contínuo e crônico. Não há perspectiva de cura envolvida, pois trata-se do controle da pressão como fator de risco e prevenção de complicações.

Junto com essa medicalização, todavia, persiste uma recomendação genérica para que todos os pacientes hipertensos pratiquem exercícios regulares aeróbios, tanto pelo seu valor psico-social quanto fisiológico. Embora produzam pequena redução da pressão, os exercícios também reduzem o risco de doença cardiovascular. O mesmo vale para a restrição de sódio na dieta, embora haja alguma divergência entre os estudos epidemiológicos quanto à efetividade dos seus benefícios específicos para o controle da pressão: apenas um grupo de pacientes que não se pode identificar de antemão responderia à restrição salina, mas, via de regra, recomenda-se o tratamento dietético a todos, que pode incluir ainda uma suplementação de alguns sais, como o potássio.

Apesar de se constatar a importância de fatores como o uso do fumo, o nível de colesterol, a disponibilidade de alimentos hipolipídicos (vegetais em geral), a restrição salina, etc., nos textos que tratam mais diretamente das orientações terapêuticas, não há uma preocupação maior com a função educativa do médico, o que aponta para a restrição desse seu papel no período atual.¹³

¹¹ Idem (p.207).

¹² Ibidem (p.253).

¹³ Dalmaso (1998, p.213)

Tal é o panorama e a compreensão de uma parte dos problemas de Vitória pela biomedicina. O seu tratamento não pode ser acusado de biologicista e reducionista, como o texto acima deixa entrever. Além do tratamento quimioterápico (medicação hipotensora), recebeu orientação dietética e prescrição de atividade física. Foi-lhe proporcionado apoio psicológico, tanto psiquiátrico (farmacológico: antidepressivo) como psicoterapêutico grupal e individual ao longo de quase um ano.

Após uma boa melhora geral do quadro da memória, da visão, do aperto no peito e da depressão, porém sem melhora nos níveis pressóricos e com uma forte dor nos ombros - estava começando a travar as costas -, Vitória foi procurar um massagista, que trabalhava com medicina chinesa.

Antes, na verdade, procurou uma clínica naturopata numa cidade vizinha, mas achou o preço do tratamento muito caro. Então soube do terapeuta da medicina chinesa que era mais barato e procurou-o. Ainda tomava o hipotensor, quando foi procurar o terapeuta, aqui chamado Fábio.

Nessa época, segundo Fábio¹⁴, a queixa principal de Vitória era pressão alta. Mas havia outros sinais que, para a medicina chinesa, poderiam ser chamados de alarmes. Esses representam uma expressão externa do desequilíbrio interno e servem como dados para uma análise que busca a raiz do problema. Havia o bruxismo, uma tensão nos ombros e uma dor nos ombros e no pescoço muito grandes, que atrapalhavam o seu trabalho. Havia, ainda, outros fatores que, apesar de parecerem desvinculados, dentro da medicina chinesa formavam um quadro. Ela tinha dificuldade para emagrecer e junto com esse aumento de peso havia uma tendência a ter inchaço no ventre. Tinha uma sensação de peso nas pernas, um cansaço crônico, uma irritabilidade que estava também crescendo. Depois veio a mencionar o problema das menstruações. A cada ciclo, a menstruação durava muitos dias com uma grande perda de sangue e isso aumentava o cansaço e a debilidade.

¹⁴ A discussão do caso de Vitória será baseado somente nas três entrevistas com Fábio. Enfatizando o caráter tradicional (via transmissão oral) do seu saber/prática, não discutirei baseado na literatura disponível sobre a medicina chinesa, já que o objetivo aqui é ilustrar um estilo de pensamento ou tradição de cura em ação. Usarei, portanto, os seus próprios termos. Literatura sobre a medicina chinesa encontra-se citada no Apêndice 2. A discussão consiste de uma síntese livre da versão e das explicações de Fábio.

A avaliação pela medicina chinesa, além da entrevista, valoriza múltiplos aspectos externos, pequenos sinais e exames, como a cor da língua e da face, o pulso, uma região em torno do umbigo que é pressionada. O pulso é percebido em ambas as punhas do paciente, em três posições diferentes, que “mostram” órgãos diferentes. Algumas funções, detalhes e sintomas são investigados, que fazem sentido para seu estilo de pensamento.

Na entrevista, além dos sintomas, pergunta-se sobre os detalhes da vida da pessoa que possam estar interferindo, tanto do ponto de vista emocional quanto questões de família e trabalho, tentando conhecer como é a vida da pessoa, para entender a tendência ao desequilíbrio.

A “natureza” da pessoa pode ser avaliada por características físicas e por detalhes que são colocados. Isso envolve uma tipologia da medicina tradicional chinesa, baseada nos cinco movimentos, ou fases ou sistemas energéticos, através dos quais essa medicina olha a natureza e a homem de forma analógica. Os cinco sistemas são: a água, a madeira, o fogo, a terra e o metal.

A natureza (macrocosmo) e o homem (microcosmo) são vistos como formados por esses sistemas que trocam e geram vitalidade uns para os outros, constantemente. A eles são relacionadas funções do corpo, tanto “físicas” como “energéticas” e “psicológicas”.

Esses sistemas, por sua vez, baseiam-se numa dualidade anterior, que corresponde, num pólo, ao ápice da energia em expansão, o yang, o fogo, e em outro pólo, a uma característica de recolhimento, de armazenamento que está relacionada ao yin, à água. O fogo, yang, a água, yin: aí a divisão principal da medicina chinesa. Dois elementos que, juntos, geram a vida, separados, a vida não se sustenta, se desfaz. Esses elementos recebem apoio dos outros sistemas. A água ao caminhar para o fogo utiliza a madeira, a água gera a madeira e a madeira gera fogo. O fogo, indo em direção à água, usa os elementos terra e metal. Através da água, há uma subida de vitalidade; através do fogo há uma descida de vitalidade; mas a subida e a descida utilizam esses outros sistemas como apoio.

Os dois sistemas, água e fogo, yin e yang, estão relacionados a uma energia primordial, uma energia que foi recebida dos pais e da natureza no instante da concepção. Quando essa energia se manifesta no processo da criação da vida, o faz através de uma dualidade, o yang e o yin. Essa dualidade funciona num mecanismo que se doa e se transforma em cinco, que são esses elementos relacionados aos órgãos, estruturas e funções do corpo.

Na avaliação de Fábio, Vitória apresentava olheiras profundas, uma tendência a palidez, a palma da mão um pouco fria, embora isso fosse inconstante, uma tendência de frio muito grande nos pés. A língua tinha a ponta vermelha e as laterais um pouco vermelhas; mas o corpo da língua tendia ao pálido. E esse pálido tinha um leve arroxeadado. A língua tendia a ser um pouquinho inchada, um pouquinho maior do que o tamanho usual.

Os pulsos tinham características que correspondiam às da língua. Os pulsos, relacionados ao fígado e ao coração, eram pouco mais rápidos e pouco mais fortes, e isso era um sinal indicativo que ajudava a perceber a causa da pressão alta. Mas o pulso relacionado ao baço, que mostra a circulação do sangue do corpo como um todo, mostrava uma fraqueza, uma debilidade.

Vitória era uma pessoa muito ativa, muito dinâmica, com o olhar vivo, com uma atenção muito grande e com uma intenção de expressar com clareza todas as coisas que a incomodavam. Então, apesar da aparência cansada, existia uma atividade interna muito intensa, de lucidez, de pensamento e de ação.

Morava sozinha, tinha uma grande dedicação ao trabalho e uma vida pessoal restrita. Apesar dela estar sempre estudando, fazendo cursos, não era uma pessoa de muitos amigos e, com isso, não tinha uma vida social de sair, de alegria, de relaxar através da atividade social. Tendia a ter toda dedicação voltada ao trabalho, que é um ambiente esgotante e tenso. Havia, também, a solidão. Estava com quarenta e sete anos, solteira, sozinha, sonhava em ter um filho, via o tempo passar, e o sonho não se realizar, sem perspectiva de um companheiro, desejosa de um companheiro.

Vitória apresentava uma tipologia que corresponde à terra, relacionado ao baço e ao estômago, com características de uma pessoa que tendia muito ao pensar, a uma capacidade de trabalho muito boa, como organizadora, coordenadora de várias coisas à sua

volta ao mesmo tempo. Mas tendia a ser uma pessoa muito preocupada, cuja competência excessiva gerava um desgaste, porque a natureza de preocupação, de cuidado, de centralizar, de organizar fazia com que trabalhasse mais do que o necessário em detrimento da sua saúde. Esse fator era muito importante.

Resumindo, as características físicas dela, a cor do rosto, as olheiras, a tendência a engordar, o bruxismo (como uma tendência posterior, secundária), mais o inchaço no ventre, a fraqueza nas pernas, o peso nas pernas, uma tendência a se movimentar pouco (não era uma pessoa muito animada para o exercício físico), essas características de má circulação que apareciam também no frio dos pés, uma dificuldade de controlar a alimentação e um prazer especial pelos sabores doces, todas essas características levaram Fábio a considerá-la como uma pessoa típica do tipo terra, relacionado ao baço.

O tipo terra tem o baço e o estômago como órgãos-chave do seu desequilíbrio. Apresenta a característica de uma pessoa que pensa muito, e o pensamento pode se dar, num sentido positivo, como uma meditação, uma reflexão; mas, num sentido negativo, desequilibrado, pode levar ao que o chinês chama de pensamento obsessivo, que se fixa num certo ponto e se torna uma preocupação, consumindo um tanto da vitalidade da pessoa. Os chineses falam que uma das funções do baço, que é o órgão mais representativo desse elemento, é abrigar o pensamento.

Vitória estava passando por um período de excesso de trabalho e, emocionalmente, muito sensível. A obsessão e preocupação com o trabalho, o excesso de tempo voltado às questões do trabalho, sem outras atividades que movimentassem a sua atenção, o seu pensamento, as suas reflexões, consumiram uma grande vitalidade. Por causa dessas características, avaliou-se como ponto principal a **deficiência de energia relacionada ao baço**.

Então, existia uma excitação mental e um cansaço físico. Havia uma divisão do corpo dela muito clara. Tal dissociação leva a pessoa a uma agitação mental, à irritabilidade, que era uma das queixas, e a um enfraquecimento da base do organismo, que é considerado pela medicina chinesa a parte inferior do corpo, onde a vitalidade é gerada. Um outro sinal era que os ciclos menstruais estavam ficando longos e, em consequência,

também havia uma perda de sangue maior do que o normal. Tudo isso estava ligado ao principal, que era o fato dela trabalhar demais.

Ela não era uma pessoa que sofria de pressão alta como sinal principal inicial. A pressão alta era um sinal secundário, uma consequência de um quadro anterior. Era preciso tratar esse quadro anterior para melhorar a pressão alta.

No caso de Vitória, o pulso e a língua tinham uma similaridade, e isso ajudava a entender o processo interno dela. A ponta vermelha e a lateral um pouco vermelha da língua mostravam que havia uma hiperatividade relacionada ao coração (ponta da língua), e ao fígado e vesícula (lateral)). Mas essa hiperatividade não quer dizer força. Quando é muito exacerbado, não quer dizer que se está saudável. Era uma hiperatividade num sentido de desequilíbrio. Ao mesmo tempo, existia uma debilidade do organismo, mostrada pela palidez do corpo da língua como um todo. Essa palidez e aquele leve arroxeadado mostravam uma fraqueza da energia vital. Aí, já era a vitalidade mesma um pouco mais fraca e um estado de má circulação do sangue (a marca arroxeadada). Apesar disso ser algo superficial (não era profunda a palidez e nem o arroxeadado), já mostrava o estado de uma pessoa que estava ficando cada vez mais debilitada, o que justificaria a sensação de má circulação de sangue nas pernas, a sensação de frio nos pés e uma tendência a esse enfraquecimento da parte inferior do corpo, com o realce da parte superior representado pelo fígado e o coração (a ponta da língua e a lateral vermelhas).

O baço é um órgão considerado yin, e o estômago, que é o seu par, considerado quente, yang. Resumindo o diagnóstico, acontece o seguinte: quando o baço, o elemento fresco, se enfraquece, o estômago, o elemento quente, realça a sua atividade. Os chineses falam que a direção da vitalidade do estômago é de descida, que é o processo do aparelho digestivo, o caminhar do alimento para a parte inferior do corpo. Mas, quando o sistema do qual ele faz parte está desequilibrado, e o baço, seu par, não lhe dá sustentação, não lhe equilibra, há a inversão da energia do estômago. Essa inversão pode levar ao ranger dos dentes à noite e a uma tensão que fica nessa região durante o dia, que leva à tensão no pescoço e no ombro - contribuindo também para o mau posicionamento no momento do trabalho, piorando a postura.

O baço também está relacionado ao processo da digestão¹⁵ - porque se diz que a função principal do baço é transformar e transportar os nutrientes dos alimentos e direcionar a vitalidade dos alimentos para todo o corpo e, com isso, energizar o corpo através desses nutrientes. Há pessoas que tendem a engordar e ter um mau aproveitamento daquilo que comem, que vira estagnação, gordura. Pode haver também retenção de líquidos. A pessoa se alimenta muito, mas não se nutre em termos de vitalidade dos alimentos, de energia. A transformação é prejudicada pela disfunção energética do baço. O baço e estômago estão relacionados à digestão, à energização do corpo através dos nutrientes dos alimentos e refletem seu desequilíbrio na boca, nos lábios, no mastigar, no tencionar da articulação têmporo-mandibular.

O baço também tem uma relação direta com a circulação sangüínea, com o equilíbrio hormonal, com a menstruação. Diz-se que o coração bombeia o sangue mas quem controla o sangue é o baço. Para os chineses, o baço controla os músculos e os membros, a atividade energética do baço tem uma relação com toda a musculatura do corpo. Se os músculos, inclusive dos vasos sangüíneos, não estão bem nutridos energeticamente, então sua contratilidade dificulta a circulação sangüínea. Com a perda da circulação sangüínea e a má distribuição da energia dos alimentos, a pessoa começa a ficar cansada, debilitada, enfraquecida. Em alguns casos, há uma tendência ao edema, porque os líquidos orgânicos não permanecem nos vasos sangüíneos, começam a extravasar. Essa é outra característica do baço que Vitória apresentava, representada pela língua um pouco maior do que o normal, fazendo com que ela tivesse marcas de dentes na lateral. Porém, não era uma característica tão marcante quanto a que apresentava principalmente no ventre.

¹⁵ Esta “função” do “baço”, assim como outras, difere da visão científica sobre as funções do órgão. Mais rigoroso seria grafar o “baço” chinês de forma diferente do “baço” ocidental, assim como todos os outros órgãos. Todavia, para facilitar a leitura e a mediação, propositalmente não fiz tal distinção. Uma tal notação, para se manter simétrica, teria que envolver um grafismo especial com explicações especiais também para os nomes, os conceitos e as concepções da biomedicina, o que seria tedioso por demais e inviabilizaria a fluência da leitura. Isso seria necessário para desviar da tendência comum que leva a considerar que as nossas concepções científicas seriam “verdadeiras” e as deles, exóticos, chineses, seriam representações e concepções cuja veracidade a Ciência iria perscrutar e julgar. Para simplificar, usei a notação coloquial, deixando suficientemente claro no próprio texto, para os fins da discussão aqui pretendida, o sentido atribuído aos termos.

O baço, na sua ajuda na circulação sangüínea, acaba também ajudando no equilíbrio do ciclo menstrual, podendo levar, no enfraquecimento, à perda de sangue e a uma menstruação mais longa do que o normal. Isso também se encaixa no quadro de Vitória. A fraqueza, a sensação de peso nas pernas e o frio nos pés, todos eram sinais característicos relacionados ao baço.

A questão da pressão alta, apesar de ser uma queixa principal, foi considerada como um fator secundário, consequência do estado primário relacionado ao baço. A pressão alta vinha de um estado de agravamento do desequilíbrio relacionado ao baço.

A natureza de Vitória, tendente ao pensamento, à organização, à vontade de ser correta e ao perfeccionismo na sua relação com o trabalho, fazia com que ela mantivesse uma vitalidade muito grande na parte superior do corpo, relacionada ao coração (representando a atividade mental) e à atividade do fígado (a capacidade de manter a coordenação dos pensamentos têm uma relação com o fígado). A hiperatividade da parte superior e a pouca atividade física foram fazendo com que se realçasse a debilidade da parte inferior do corpo. Uma explicação para a pressão alta seria que o cansaço e a fraqueza do organismo acabaram levando a uma debilidade do baço e, conseqüentemente, a uma debilidade dos rins (simplificando um pouco).

Na linguagem chinesa, se fala que o yang do baço enfraquece o yang do rim, que começa a enfraquecer a vitalidade do corpo todo. O yang do rim, quando enfraquece, leva ao enfraquecimento posterior do yin do rim. O yin do rim, quando enfraquece, leva ao realce do yang do fígado e do coração (que seria um processo posterior).¹⁶

O *yang* do fígado e o *yang* do coração aumentam a atividade mental, aumentam a tendência à irritabilidade, à agitação, e fazem com que a pessoa tenha uma tendência maior ainda ao aspecto intelectual. Quanto mais realçado o aspecto intelectual, mais enfraquecido fica o aspecto físico. Assim, a dissociação da parte superior do corpo com a parte inferior de Vitória ficava clara.

¹⁶ Através do seguinte caminho: quando o yin do rim enfraquece (no caso, devido a todo o cansaço acumulado), há um aumento da atividade do fígado e do coração, do aspecto yang, o aspecto quente, de atividade, com um enfraquecimento do aspecto yin, que é de nutrição (o yang representando a atividade e o yin a nutrição). A nutrição do organismo depende do yang, porque a atividade leva à mobilidade dos elementos nutritivos. O yang, a atividade, enfraquecendo, prejudica o yin. Esse enfraquecimento do yin dos rins leva, em consequência, ao enfraquecimento do yin do fígado. E essa característica yin de nutrição, ela nutre o fígado e nutre o coração, e quando enfraquece, há o realce do yang.

Energeticamente falando, essa hiperatividade da parte superior pode levar a um aumento da pressão sangüínea, realçada pela má circulação do sangue na parte inferior. Como se o coração tivesse que bombear mais forte o sangue para compensar a má circulação no corpo e ainda tivesse um realce na sua contração, que é considerado um realce energético vindo do fígado e da energia relacionada ao próprio coração. A vitalidade do fígado e do coração realçam a atividade sangüínea na parte superior do corpo e realçam a contratura do músculo cardíaco. Isso, com uma má circulação na parte inferior do corpo, faz com que aumente a pressão sangüínea na parte superior.

O quadro de Vitória apresentava uma interligação entre fatores, na visão da progressão do desequilíbrio pela medicina chinesa. Algumas coisas que parecem distintas estão interligadas, como a pressão alta, o bruxismo e a tensão no pescoço e nos ombros: elas têm uma relação através do realce da energia vital na parte superior do corpo, um calor e uma hiperatividade na parte superior. É preciso saber o porquê, como consequência de quê.

Vitória, naquele momento, estava irritada e cansada, mas sua irritabilidade não era da natureza do fígado. Uma pessoa de “natureza” madeira, relacionada ao fígado, é uma pessoa irritadiça por natureza, já é irritada naturalmente no dia-a-dia. Não era o caso da Vitória. Ela era mais preocupada, pensativa; e a pessoa ligada ao fígado é de uma natureza hiperativa e hiper-irritada. Em Vitória, a irritabilidade não vinha primariamente do desequilíbrio do fígado. O desequilíbrio do fígado não foi o que desencadeou o quadro, porque ela tinha características do baço, antigas, do seu tipo físico, da sua relação com a vida, que eram a característica primária. O desequilíbrio do fígado veio porque o trabalho intenso, o cansaço, a atividade mental, o desequilíbrio emocional, causados pela intensidade do trabalho e as questões internas fizeram com que o fígado se desequilibrasse. As coisas vão se ligando, uma contribuindo com o aumento da outra. Quanto mais o fígado e o coração se desequilibram, mais realçada fica a parte superior e mais prejudicada a parte inferior.

O tratamento de Fábio envolveu uma dupla estratégia: apesar de buscar a raiz do problema, o tratamento foi voltado também para aliviar aquilo que aparentemente era o secundário, não o principal, porém que mais incomodava a paciente. Seguiu o princípio da

medicina chinesa que diz “antes de tonificar o verdadeiro é preciso sedar o falso”. O tratamento consistia em sessões semanais de massagem e acupuntura, além do uso de fitoterápicos chineses e da prática de Tai chi chuan.

A primeira parte do tratamento visava acalmar a pessoa, tirar essa hiperatividade do fígado e do coração para que ela se tranquilizasse, e isso ajudasse a diminuir a tensão do pescoço e do ombro. Diminuir, também, o excesso de atividade que estava vindo do estômago, e em decorrência, diminuindo o bruxismo. Isso foi feito através de massagem. A massagem na coluna tem um efeito relaxante, acalma a pessoa e serve como tratamento de base para o fortalecimento do organismo como um todo, já que ela era uma pessoa debilitada naquele instante. Essa massagem foi importante, porque a acupuntura tem uma qualidade muito boa para circular a vitalidade, mas não tão boa para aumentar a vitalidade. A massagem é um pouco mais tônica e tem um efeito relaxante.

Seguindo a seqüência tradicional da medicina chinesa, a massagem começa da cabeça e vai em direção aos pés. Começa através de pontos na cabeça, depois nunca, pescoço, ombro, parte de trás do corpo, nas costas, para depois ir para o ventre. E aí pode ser feita, se for necessário, nos membros, começando pelos braços, caminhando para as pernas e acabando nos pés.

No caso de Vitória, era muito importante levar a massagem para os pés. Porque, quanto se ativa nas mulheres a parte inferior do corpo, das pernas para os pés, isso tem um efeito calmante e relaxante que, nas mulheres, é especialmente importante, porque a tendência à má circulação do sangue e dos líquidos na parte inferior do corpo delas é muito maior do que nos homens. Além disso, era preciso realçar esse aspecto de tirar o excesso de cima e conduzir o calor, a circulação do sangue, a energia vital dela para a parte inferior do corpo. Isso foi feito seguindo alguns caminhos específicos e através de pontos específicos.

O tratamento, em todas as sessões, envolvia massagem e acupuntura, mas nas primeiras, a massagem foi feita com mais detalhamento. Na seqüência, vinha a acupuntura e depois, nas sessões posteriores, o tempo de massagem e de acupuntura ficou praticamente igual. Na acupuntura, inicialmente, foram utilizados pontos que relaxam a parte superior, para o pescoço e para o ombro; situados no ombro e nas mãos. Outros

pontos foram utilizados no corpo. Nas pernas e nos pés, pontos que ajudam a fortalecer e ativar as pernas foram utilizados um pouco depois, na continuidade do tratamento.

Além do tratamento semanal com massagem e acupuntura, Fábio orientou alguns exercícios gerais dados a todas as pessoas e alguns específicos para Vitória. Ensinou um exercício respiratório para relaxamento e introdução à meditação, auto-massagens, dicas para aproveitar melhor o sono (para se revitalizar com ele), recomendou andar mais e praticar Tai chi chuan (que ele mesmo ensinava em outro momento). Deu orientações alimentares próprias ao seu tipo (terra), para auxiliar no emagrecimento.

As orientações na medicina chinesa são importantes para criar uma consciência de que a pessoa é capaz de se cuidar, é capaz de ter uma ação saudável no seu dia-a-dia e de que isso reflete na melhora da sua saúde. Esse é o primeiro fator. Faz parte da idéia de ajudar a pessoa a se sentir participante no tratamento e não alguém que procura o terapeuta, recebe um determinado tratamento e vai para casa no mesmo ritmo de antes. O fundamento desse tratamento é ajudar a pessoa a se conscientizar de si e, por isso, as orientações são muito importantes. Segundo Fábio, Vitória seguiu-as a contento.

Logo no início do tratamento, Vitória melhorou da pressão e do mal-estar. O cansaço e as dores nas costas melhoraram logo em seguida. Por conta própria, logo parou de tomar a medicação anti-hipertensiva, após algumas medidas de pressão arterial normais. A menstruação também voltou ao seu fluxo normal. O tratamento persistia (na época da entrevista), por iniciativa de Vitória, para fazer uma manutenção, já que ela melhorou dos sintomas e da pressão (por Fábio ela teria alta).

Como comparar a interpretação e ação da medicina chinesa realizada por Fábio com o enfoque biomédico? Difícil. O que era um problema clínico principal para uma, e de difícil solução (a hipertensão), virou um problema secundário de fácil resolução para outra, que não agiu especificamente sobre ele.

A medicina chinesa enraíza-se em tempos imemoriais da cultura chinesa, remetida aos taoístas, sábios que constituem tradição antiga daquela civilização, transmitida de geração a geração por linhagens de mestres-discípulos. Fábio referiu ter aprendido com

imigrantes chineses¹⁷ de São Paulo, herdeiros dessa tradição. Segundo ele, seus professores têm uma maneira de abordar esse conhecimento que o ocidente não consegue compreender nem aceitar.

A medicina chinesa, como as suas práticas de meditação e movimentos, está toda baseada na observação da natureza, tanto do ponto de vista externo, da grande natureza (macrocosmo), quanto do ponto de vista interno, da pequena natureza, que é o seu próprio organismo (microcosmo). Transmitiu-se o conhecimento de que os primeiros sábios, através de um estágio de recolhimento interior e observação interna, percebiam os caminhos de energia, a circulação da vitalidade e também os pontos que são hoje utilizados nos tratamentos de saúde.

O fundamento do entendimento da saúde e de como funciona o organismo não foi só conhecido desse ponto de vista da meditação, mas também da avaliação de que o homem é o microcosmos e ele está dentro de um macrocosmo, ele segue caracteristicamente esse macro. As características que existem no macro existem no micro, e a observação do movimento da natureza ajudava a entender o movimento do corpo humano saudável. No conceito antigo, quando havia a perda do equilíbrio da nossa pequena natureza, quando ela se distanciava da grande natureza, havia a perda da saúde.

O tratamento de saúde é relacionado a essa observação do que é o natural e de como resgatar o natural. O tratamento não é contra as doenças, mas é a favor de resgatar aquele estado de saúde. Quando se fala que há um determinado desequilíbrio, diz-se que se está fora do circuito natural da circulação da vitalidade pelo corpo e tenta-se resgatar isso.

Na versão tradicional em que Fábio se formou, a energia vital, as noções de yin e yang, os cinco elementos ou cinco sistemas não são apenas “conceitos”, “teoria”. Não são somente objetos de conhecimento, armações ideais usadas para interpretação e ação no mundo, no homem, nas doenças. São para serem experimentados, pelos praticantes (das meditações, exercícios, Tai chi chuan) que aprendem de sua própria experiência e da de seus pacientes. A transmissão oral incentiva a prática porque, como idéia, essas noções não tem vantagem nenhuma. A partir da prática e da percepção pela pessoa da sua própria energia, ela tem a constatação. Quando se faz a massagem, se tem a intenção de levar o

¹⁷ Seus professores foram Liu Pai Lin (falecido) e Liu Chi Ming (seu filho), com quem ainda aprende.

paciente a um estado de relaxamento que facilita a percepção da energia vital, o que lhe dá um conhecimento pessoal que lhe será útil na busca dessa percepção no dia-a-dia. É difícil falar de uma percepção individual e interna de uma forma padronizada, porque existe uma variabilidade na percepção, de uma pessoa para outra, disso que se chama **perceber a energia vital**.

Poder-se-ia cometer o erro de definir totalmente o que é essa energia e como ela se manifesta, sendo que há uma variação de pessoa a pessoa. Mas, no entanto, as pessoas que praticam constantemente têm sensações muito similares, com pequenas variações, de acordo com sua condição pessoal, principalmente de saúde. Porque, quando a energia vital da pessoa se manifesta, isso é algo seu, normal, que para os taoístas é coisa comum, nada excepcional, nada místico, nada religioso, nada dado por outra pessoa, nada induzido através da ação de alguém mais forte, mais poderoso. É algo que se experimenta a partir de um relaxamento, de uma respiração, que é totalmente próprio e pode ser experimentado, aprendido, cultivado, desenvolvido. Essa é uma característica importante. Por ser totalmente sua, ela pode se manifestar de acordo com sua percepção, seu conteúdo de informações culturais e também ela pode ser percebida pela sua condição física.

Aqui se pode assinalar uma diferença epistêmica entre essa versão tradicional da medicina chinesa e o conhecimento moderno científico: é que para os taoístas não há a grande separação entre teoria e prática, como ela se deu na modernidade ocidental, ou as relações entre estas instâncias são diferentes, bem como a relação dos praticantes com elas. Sua noção de experiência válida parece ser diferente da ocidental. Nesse sentido, é uma medicina decididamente não-moderna (ou pré-moderna, no linguajar moderno).

Segundo Fleck (1986), não é possível separar totalmente o que é passivo e o que é ativo, em termos cognitivos, em um estilo de pensamento. As noções, os fatos ou os “conceitos” (de energia vital, por exemplo, no nosso caso) dificilmente podem ser entendidos de fora do coletivo de pensamento. De dentro, dada a iniciação e a “constante prática” que possibilita a aprendizagem da percepção da energia, esta passa a ser tão objetiva e evidente para os praticantes do coletivo em que Fábio se formou quanto outras “coisas” podem ser objetivas para outros especialistas de outros coletivos, como várias “coisas” são evidentes para os cientistas esotéricos e inacessíveis para os demais (estes só

podem acessá-las através de seus efeitos indiretos, que incidem sobre outros aspectos perceptíveis).

De um ponto de vista epistemológico, fica multiplicada a dificuldade de análise de um tal tipo de saber, fundado em experiência altamente padronizada e especializada, ao mesmo tempo que diversificada e personalizada, envolvendo práticas psico-físicas diárias que atravessam anos e décadas, em uma história tradicional de origem longínqua e com relações internas abstratas, metafóricas e analógicas. Talvez apenas com a ajuda de casos clínicos concretos, como o de Vitória, se possa aos poucos estabelecer termos de mediação e comparação.

Vale comentar que a referência à prática e à experiência é uma constante no discurso de Fábio (e de seu professor). Mas, claro, trata-se de uma forma de experiência orientada por uma tradição de cura que se reconhece como tal: um estilo de pensamento com seu coletivo fica bem caracterizado. Um universo de relações complexas, meio ecológicas, meio analógicas, meio sociais entre os “cinco sistemas” mencionados por Fábio, que interligam tudo no corpo e na natureza, relacionando-se com funções regulatórias que, em desequilíbrio, desarmonia, excesso ou falta, manifestam-se por alarmes e sintomas diversos, constituem um corpo de saber/prática mais ou menos bem definido, hoje identificável, em parte, nos livros de medicina chinesa de uma forma mais racionalizada.¹⁸

Nessa medicina tradicional, pode-se notar a presença estruturante do indivíduo doente a centralizar a abordagem. As interpretações e as intervenções estão relacionadas e dirigidas à regulação geral dos sistemas que se referenciam na unidade individual. Síndromes, doenças, caracterizações patológicas são tratadas e avaliadas com referência ao global do indivíduo, como expressou Fábio ao discutir o caso de Vitória. Isso foi observado no discurso do terapeuta durante as entrevistas.

Pode-se pensar que o saber da medicina chinesa em si permitiria uma redução que deixasse de fora o indivíduo globalmente: falar-se-ia então de um caso tipo terra com deficiência do baço. No entanto, isso parece deslocado e incompatível com o discurso de Fábio, ficaria incongruente com o seu estilo de pensamento. Nele, a referência é todo o

¹⁸ Vide obras mencionadas no Apêndice 2.

tempo à paciente. As relações tanto do desequilíbrio interno como externas, de sua vida vivida, nunca perdem de vista essa globalidade. Mesmo ao mergulhar em detalhes “fisiopatológicos energéticos”, a explicação sempre retorna e se refere à paciente enquanto unidade global, não se desconecta dela.

Parece haver na perspectiva dessa tradição de cura uma *completude* considerável, maior que na biomedicina.¹⁹ Outro aspecto que corrobora essa assertiva é que o tratamento foi se modificando ao longo do tempo, conforme evoluía a “paciente”. Ou seja, a terapêutica era dirigida ao reequilíbrio da pessoa doente, e não à “doença”. É notável a diferença dessa perspectiva diante da discussão que realizei nas páginas precedentes sobre a hipertensão arterial, quando, quase em nenhum momento, referi-me à paciente: todo o tempo a discussão foi sobre a **hipertensão** e o **risco cardiovascular**.

Os objetos, quase-objetos, técnicas, atores, mercados, instrumentos e histórias que se conectam para sustentar a medicina tradicional chinesa não poderão ser re-traçados aqui. Esboçar um sentido e um entendimento primeiro dessa medicina através de um tratamento particular que carregue algo desse estilo de pensamento e sua prática terapêutica é a intenção agora, para um contraste com a versão biomédica, sobre o que seria um caso de hipertensão leve porém resistente. Ele poderia ser redefinido como um caso de uma paciente tipo terra com deficiência da energia do baço? Essa seria uma *redução paradigmática* possível provinda dessa medicina?²⁰ Em todo o caso, uma eficácia pragmática foi verificada e vivida por Vitória e Fábio.

Por ora, parece claro que os saberes e práticas conectados, os valores envolvidos, enfim, o estilo de pensamento presente na medicina tradicional chinesa é diferente do nosso (biomedicina), porta eficácia e merece atenção.

¹⁹ Vide Capítulo 2, tópico sobre a relação com os valores.

²⁰ Cf. Capítulo 2, tópico sobre a metodologia na clínica.

APÊNDICE 2

Três medicinas como tradições de cura: Biomedicina, homeopatia e medicina tradicional chinesa

Introdução

No Capítulo 1, discuti mudanças ocorridas na epistemologia contemporânea através do comentário e síntese de alguns autores. No Capítulo 2, desdobrei algumas dessas mudanças para a área da saúde. Concluí, no Capítulo 3, haver uma configuração na epistemologia que indica a emergência atual de algo como uma nova tendência epistemológica.

Caracterizei essa tendência como “co-construtivista”, significando uma perspectiva que leva sempre em conta tanto a participação da realidade como a participação dos sujeitos na construção e transformação do mundo vivido. Essa participação é tanto coletiva e social como individual. Na saúde, um desdobramento dessa visão é a possibilidade de reconhecer a existência de “tradições de cura” distintas, com estilos de pensamento próprios, usando essa expressão com o sentido especificado no capítulo 3. Essas tradições estão ligadas a coletivos e rede sócio-técnicas diversas, das quais a biociência é uma, talvez a mais importante e poderosa hoje.

Isso permite conceber que pessoas adoeçam de formas diferentes e que esses adoecimentos sejam interpretados e tratados de formas diversas por elas mesmas e por seus terapeutas especializados, médicos ou não, estando envolvidas nesse processo, se existirem, as “tradições de cura” dos terapeutas.

O desafio de uma avaliação desse processo e sua eficácia, que no âmbito do saber implica a construção de uma epistemologia comparada, é uma tarefa de grande fôlego e complexidade, para ser feita coletivamente e a longo prazo.¹

¹ Talvez o grupo acadêmico brasileiro que tenha tentado algo desse tipo possa testemunhar sobre as dificuldades dessa empreitada, mas também sobre o lado promissor de um tal projeto, já que há uma década Madel Luz e seus colaboradores, na Universidade Estadual do Rio de Janeiro, exploram esse terreno com dificuldades de toda ordem (vide Luz, 1992, 1993, 1995, 1996, 1997, 1997a, 1998 etc).

Todavia, um primeiro passo nesse sentido consiste em reconhecer “tradições de cura”, para posterior comparação epistemológica entre elas e suas práticas terapêuticas. O que segue busca justificar e comentar três medicinas ou racionalidades médicas constituídas como tradições. Minha hipótese é que a biomedicina, a homeopatia e a medicina tradicional chinesa podem ser consideradas “tradições de cura” (conforme especifiquei no capítulo 3).

A biomedicina como tradição de cura

Uma vez feita a síntese das idéias de Fleck (1986) no Capítulo 1, sobre a estrutura eso-exotérica de um estilo de pensamento e seu coletivo, tendo como base empírica e histórica a própria biomedicina, fica dispensável argumentação adicional sobre a caracterização dessa medicina como “tradição de cura”.²

A discussão sobre a ciência de revista e de manual feita por Fleck permanece procedente. Atualizações possíveis e desejáveis no esquema por ele proposto, talvez na direção da industrialização (e mercantilização) dos periódicos e das pesquisas, parecem-me que não chegam a pôr em risco a caracterização dos fluxos de influência entre os círculos esotéricos e exotéricos da biomedicina, ainda que indiquem um maior controle comercial-industrial dela e, em certa medida e por consequência, da evolução teórica da mesma, que, se ocorre, acontece lentamente.

Uma suposta evolução rápida da biomedicina neste fim de milênio, que tanto fascina a mídia, como, por exemplo, o projeto genoma, deve-se antes a novas possibilidades tecnológicas de uso, investigação e manipulação das pequenas partes do corpo, peças fundamentais nas teorias e paradigmas já hegemônicos, do que à inovação teórica.³

A esse respeito, vale comentar que avanços teóricos recentes existem, mas parecem apontar para direções com dificuldades de desenvolvimento, pois não apresentam perspectivas imediatas de geração de produtos comercializáveis, ao gosto da maioria dos

² Por uma necessidade de síntese, omiti da discussão do Capítulo 1 os exemplos usados por Fleck, quase todos baseados na pesquisa e no saber biomédicos. Remeto o leitor ao original para essa checagem.

³ Vide Capítulo 1 e 2.

financiadores (públicos e privados) de hoje. As novas teorias da imunologia e da neuropsicoendocrinologia são exemplos.⁴

Quanto aos extratos do coletivo biocientífico, desde os mais populares e exotéricos até os altamente esotéricos, bem como suas relações, penso que pouco há a se acrescentar ao que Fleck descreveu - e discuti nos Capítulos 1 e 2 - como sendo o funcionamento e as características do coletivo de pensamento científico e seu estilo de pensamento em geral.

Um comentário relevante merece ser feito em relação aos círculos esotéricos dessa medicina. Dividida entre duas ordens de necessidades, uma científica e outra social, os círculos esotéricos dominantes nela estão curiosamente restritos à esfera atrelada à busca da verdade científica pelo paradigma biomecânico. Alguns outros círculos esotéricos menos considerados, como os relativos aos saberes “psi”, também existem. O que quero ressaltar é que nos círculos esotéricos biomédicos não-“psi”, pouca excelência na atividade “curandeira” está desenvolvida, pois eles podem ser divididos em círculos esotéricos “laboratoriais”, que não têm nenhum contato com os doentes (só o mantém de forma indireta, através da pesquisa dos aspectos biomecânicos do funcionamento do corpo), e círculos esotéricos “epidemiológicos”, cujo contato com a cura está científicizado e restrito aos ensaios clínicos controlados, bem distante do “curandeirismo” na vida “real”. É curioso como não se construiu uma diferenciação eso-exotérica valorizada nessa medicina a respeito da aplicação do saber biomédico na clínica: todos os médicos são ou devem ser igualmente competentes nesse labor “curandeiro”, essa esfera de práticas está quase desinstitucionalizada, atribuída ao lado artístico ou técnico do “curandeirismo” biomédico. Alguma excelência só é reconhecida na vida social, informal. Uma compreensão possível desse fenômeno pode ser a de que a excelência “curandeirística” envolva práticas, saberes e posturas sócio-epistemológicas e pedagógicas diversas do instituído no ambiente científico biomédico. Isso, atrelado à concepção moderna e sua divisão entre mundo social e natural, permite vislumbrar essa ausência e indica a necessidade da construção desse lugar esotérico não-moderno, para que ele possa contribuir para a melhoria das práticas “curandeirísticas”

⁴ Vide, por exemplo, Varela & Coutinho (1991).

biomédicas intermediárias e exotéricas, para que ele sirva como exemplo e referência esotérica nessa área.

Como já mencionei, correções de caráter sociológico possivelmente devam ser feitas na descrição de Fleck, derivadas da industrialização e mercantilização avançada dos círculos esotéricos e exotéricos da biomedicina, fenômeno que tem relevantes influências epistemológicas e metodológicas na mesma. Uma hipótese que pode explicar entraves evolutivos teóricos e metodológicos dessa medicina pode ser exatamente a conjunção dessa industrialização/comercialização com o fato de que, na biociência, os círculos sócio-cognitivos intermediários (o corpo principal do exército da biociência) têm clara e firme predominância sobre os círculos esotéricos,⁵ e já estão institucionalizados em redes sócio-técnicas muito fortes.

Estas últimas necessitam alimentação permanente e, para isso, dominam o conjunto dos cinco circuitos vitais da biociência (descritos por Latour, 2001), sustentando e, ao mesmo tempo, fixando a permanência do quinto circuito (a dimensão conceitual) em sua forma atual, de forma estável e resistente. Desse modo, o corpo principal da biociência seleciona as possibilidades de desenvolvimento teórico-metodológico dos círculos esotéricos, fomentando as linhas de pesquisa alinhadas com o paradigma vigente e boicotando as inovações que não mostram potencial mercadológico e industrializável (ou dito de outra forma, que não se desdobram em tecnologias de controle heterônomo⁶ das doenças).

Por outro lado, através do grande poder da mídia, da crença moderna generalizada na Ciência e do monopólio institucional já alcançado pela biomedicina, o corpo principal da ciência é também submetido à influência epistemológica dos círculos mais exotéricos dessa biomedicina, ou seja, à cultura popular científica em saúde, mais dogmatizada, dominada pela perspectiva ontológico-localista, mecânico causal e quase milagrosa dos tratamentos biomédicos quimioterápicos, que demanda mais comprimidos, injeções e cirurgias para a resolução instantânea de todos os problemas.

⁵ Vide Capítulo 1, tópico sobre Fleck; e Fleck (1986).

⁶ A predominância de tecnologias heterônomas na biomedicina (tecnologias de uso restrito a profissionais ou agentes especializados) está discutida em Tesser (1999, cap.2). Vide também discussão do controle como valor central da modernidade e da ciência no Capítulo 2, tópico sobre os valores.

Com isso, os círculos esotéricos da biociência e da biomedicina ficam duplamente amarrados no seu desenvolvimento teórico, que se dá, assim, de forma relativamente monótona numa só direção. Esta, por sua vez, bloqueia e degrada progressivamente o “curandeirismo” biomédico na sua função social de cura e na sua eficácia terapêutica, alimentando o círculo vicioso mencionado no Capítulo 2 (tópico sobre a metodologia na clínica), ótimo para a pesquisa (e para o comércio) e ruim para a clínica. Isso pode ajudar a compreender a ausência de relevantes mudanças epistemológicas na biomedicina no seu pólo de saber, do ponto de vista de inovação teórica, durante o século XX, contrariamente ao restante da Ciência.

A homeopatia como “tradição de cura”

Uma descrição da homeopatia enquanto “tradição de cura” nos seus círculos eso-exotéricos exigiria trabalho de tal monta, seja de pesquisa histórica, seja de sociologia contemporânea da mesma, que ultrapassa as possibilidades e objetivos deste estudo. Entretanto, vale comentar alguns aspectos da estrutura do saber homeopático e sua prática para que se justifique a solidez da hipótese mencionada. Nunca seria demais, entretanto, ressaltar que a mesma sofre no meio acadêmico de preconceito, o que dificulta uma aproximação tranqüila da homeopatia.⁷

Devo ressaltar que há vasta literatura sobre a homeopatia e, no entanto, pouca com uma abordagem epistemológica independente, ou seja, desvinculada dos padrões vigentes na Biociência. Isso faz com que essa literatura padeça de um dualismo complicador: ou se avalia a homeopatia criticamente conforme a biomedicina ou alguma teoria epistemológica (aprovando-a ou condenando-a), ou se faz sua apologia (e a divulgação de seus conteúdos). Em ambas as opções, pouca análise da construção e do metabolismo do saber pelos círculos eso-exotéricos é feita. Há ainda uma terceira vertente, em expansão atual, que busca avaliar a eficácia clínica da homeopatia, através de “ensaios clínicos pragmáticos”, adaptados às características técnicas e teóricas dessa medicina.⁸

⁷ Ver, por exemplo, Dantas (1985), onde são apresentados vários exemplos dos preconceitos acadêmicos em relação à homeopatia, retirados da literatura técnica e médica farmacológica.

⁸ Ver, por exemplo: Diaz et al (1998), Magalhães (2000); Kaptchuk et al. (2001).

Um estudo do primeiro tipo, usando-se a teoria de Lakatos, foi feita por Chibeni (2000, 2001), abordando a teoria homeopática conforme descrita por seu criador. Suas conclusões, parciais que sejam, já que não envolvem a comunidade praticante e pesquisadora dessa medicina, indicam que a estrutura do saber homeopático é rigorosa nos seus aspectos fenomenológicos, sendo que a parte construtiva da teoria de Hahnemann, com seu vitalismo, não deixa de portar razoável coerência. Considerando-se que o objeto do estudo do autor foi a obra do fundador, ou seja, o núcleo esotérico e pioneiro da área, e que esse núcleo conseguiu elaborar algo como uma teoria e uma formalização tipo manual para seus achados ou produtos, temos que um núcleo esotérico bem visível está caracterizado na fundação dessa homeopatia⁹.

Alguns estudos epistemológicos desse núcleo esotérico da homeopatia também se encontram disponíveis, em geral realizados por homeopatas ou estudiosos, como por exemplo Abrantes (1989), Rosembaum (1996, 2000), Lourenço (1989), Tesser (1998), dentre outros.

No Brasil, hoje, alguns grupos são reconhecíveis como produtores esotéricos de saber homeopático, ainda que em grande parte estejam isolados das academias de medicina. Os homeopatas vinculados à Associação Paulista de Homeopatia em São Paulo e à Escola Paulista de Homeopatia, ao Instituto James Tyler Kent no Rio de Janeiro e a outros centros de prática, estudo e difusão da homeopatia, ou mesmo alguns grandes nomes individuais, constituem pólos esotéricos desse saber. (Por exemplo, vide Marin (1988, 1996); Toledo (1989), Luz H.S. (1993), Königsberger (1996), Lima et al.(1997), Egito (s/d), dentre outros).

O modo de produção de saber pelos círculos esotéricos da homeopatia foi claramente definido pelo seu fundador. Baseia-se em experimentação de substâncias altamente diluídas e agitadas (dinamizadas, no linguajar homeopático) em pessoas sãs, com observação e registro meticuloso de seus efeitos gerais, específicos, objetivos e subjetivos nos experimentadores. O acúmulo e a repetição desse processo, chamado patogenesia, produz e acumula saber e gera a Matéria Médica Pura. Na clínica, pacientes com sintomas

⁹ As obras de referência do fundador são: Hahnemann (1941, 1986).

semelhantes aos gerados pelas patogenesias serão tratados com os respectivos remédios homeopáticos. Esse tratamento gera também alterações clínicas nos doentes, cuja observação e registro acumulado gerarão a Matéria Médica Clínica. A junção dessas duas Matérias Médicas forma parte do corpo principal do saber homeopático esotérico teórico, mais voltado para a terapêutica. Ele é complementado pelas técnicas e saberes oriundos de anamnese, interpretação clínica, prescrição e acompanhamento dos pacientes, que em conjunto geram as teorias homeopáticas sobre o adoecimento e a cura, formuladas inicialmente por Hahnemann (1941, 1986a) e até hoje em desenvolvimento.

Uma curiosidade que ajuda a exemplificar os fluxos bidirecionais de influência epistemológica entre os círculos eso-exotéricos na homeopatia é o uso ou a incorporação rápida que se fez das conseqüências filosóficas de teorias da física pós-relatividade, através do uso de conceitos energéticos dessa disciplina para fundamentação do paradigma vitalista homeopático, em que o conceito de energia vital é central. Isso é um exemplo de como idéias exotéricas em um campo de saber (a física quântica e relativista para os médicos homeopáticos) podem influenciar as justificações esotéricas do saber produzido e em uso em outro campo, dado que o caráter empírico e fenomenológico da homeopatia é marcante, e o lado obscuro de sua eficácia clínica intriga tanto o pesquisador e o praticante quanto o doente, gerando busca de explicações para os eventos ocorridos nos exitosos tratamentos homeopáticos. Um exemplo desse tipo são as explicações físicas apresentadas na obra de Vithoulkas (s.d.).

A disseminação social da homeopatia, conforme discutida por Luz (1995), Rosembaum (2000), Ernst (2001) e outros autores, garante uma base exotérica de uso, aplicação e transformação da mesma. Os manuais de uso popular, como por exemplo o famoso livro de Nilo Cairo, até recentemente disseminado entre os afionadas dessa medicina, são exemplos de sua existência e pertinência enquanto ciência popular. A existência antiga e atual de uma cultura homeopática de auto-medicação, com as farmacinhas e caixinhas de pronto-socorro homeopático vendidas e distribuídas por laboratórios e farmácias, atestam a existência de um saber e uma cultura geral e popular homeopáticos, ainda que bem menos disseminada ou ampla que outras culturas médicas populares.

Contemporaneamente, os livros de divulgação e orientação dedicados aos pacientes homeopáticos escritos pelos próprios médicos também são exemplos da circulação centrífuga do saber para o pólo exotérico da homeopatia, como por exemplo Nassif (1996). Ainda nesse universo, há também literatura dirigida aos profissionais médicos iniciantes na homeopatia, como por exemplo Linhares (1988), dedicado a pediatras simpatizantes ou iniciantes.

Quanto à estrutura de reprodução do saber, isto é, o ensino da homeopatia, posso usar como exemplo minha própria iniciação nessa medicina que aconteceu na Associação Paulista de Homeopatia (APH), um dos cursos de formação homeopática do Estado de São Paulo, ocorrida em 1995-7.

A estrutura do curso buscava assemelhar-se aos cursos de medicina – um ciclo básico e um clínico, considerando-se que todos os alunos já eram médicos formados. Um ano de teoria e dois anos de teoria com prática, sendo que essa prática seguia os moldes tradicionais de aprendizagem via relação aluno-tutor, ou mestre-discípulo, em que grupos relativamente pequenos de alunos (seis a dez aproximadamente) atendiam os pacientes junto com os professores, no ambulatório da instituição.¹⁰

Toda a literatura homeopática de formação e consulta para uso do profissional é prova de um corpo estruturado de saber de manual, abundante nas livrarias e editoras que trabalham com o tema. Os autores mais comuns usados no ensino da homeopatia, com seus respectivos manuais e obras, estão facilmente acessíveis nos livros e nas instituições relativamente consolidadas dos homeopatas (cito, como exemplo, dentre outros, alguns autores usados no meu aprendizado na APH: Hahnemann (1941, 1996), Kent (1926), Eizayaga (1981, 1987), Roberts (s/d), Masi-Elizalde. Há também produções tipo manual brasileiras, como Nassif (1995, vol. 1 e 2).

¹⁰ Comunicação pessoal da atual diretora da Escola Paulista de Homeopatia corrobora esse esquema na atualidade.

Os *softwares*¹¹ de consulta de matéria médica e para *repertorização* dos casos clínicos (correlação dos sintomas dos pacientes com os sintomas produzidos pelos medicamentos homeopáticos nas experimentações em indivíduos são para seleção dos medicamentos possivelmente indicados ao caso do doente) também são exemplos do corpo principal do saber homeopático.

A abordagem dessa medicina desenvolvida por Luz e cols.¹², tratando-a como uma racionalidade médica completa, ainda que aparentada (já que herdeira) da biomedicina, também comprova a existência de um corpo principal do seu saber, como já comentamos antes. A homeopatia pode responder satisfatoriamente aos quesitos necessários para se constituir em racionalidade médica completa: uma anatomia, uma dinâmica vital, um sistema de diagnose, um sistema de terapêutica, uma doutrina médica e, por fim, uma cosmologia subjacente a todos os aspectos anteriores.¹³

Considerados esses indicadores da estrutura sócio-cognitiva do corpo de saber e prática da homeopatia, suficientes para caracterizá-la como “tradição de cura”, resta agora traçar algumas linhas sobre a medicina tradicional chinesa.

A medicina tradicional chinesa como “tradição de cura”.

Para falar da medicina chinesa enquanto “tradição de cura” na acepção aqui assumida, enfrentamos algumas dificuldades devido às grandes diferenças entre ela e a medicina (e cultura) ocidental. Tais diferenças, embora não obscureçam os fluxos e transformações do saber nas camadas exo-esotéricas dos coletivos envolvidos, dão cores e dinâmicas distintas a esses fluxos.

A medicina chinesa é herdeira de uma cultura em que a continuidade histórica e cognitiva (dos saberes) é aceita e assumida, diferentemente da ciência, que pensa evoluir através de rupturas e descontinuidades epistemológicas e, com isso, fundamentalmente, progredir e avançar na direção de uma verdade.

¹¹ Como por exemplo o “Radar” e o “Lince” - *softwares* comerciais em uso comum nos consultórios dos homeopatas brasileiros informatizados.

¹² Luz (1992, 1993, 1995, 1996, 1997, 1997a, 1998); Luz, H.S. (1993).

¹³ Cf. Luz, H. S. (1993).

Na medicina tradicional do império do centro, o passado está presente orientando o futuro. A sabedoria ainda está dentro da paisagem, e a sofisticação cognitiva está tanto no presente quanto no passado, sendo a verdade, talvez, nessa perspectiva, subproduto do alcance da sabedoria.¹⁴

Na vertente tradicional, em que persiste a transmissão oral e pessoal do saber/prática, a relação com o saber estruturado racionalmente em forma de teoria e relações definidas entre conceitos é diferente do modo ocidental. Numa cultura como a taoísta, em que se diz que o que interessa é o conhecimento vivo, transmitido de coração a coração (de pessoa a pessoa, de mestre a discípulo), em que se diz que, quando escrevemos algo no papel, enrijecemos esse algo, fixamos esse algo, e portanto, o matamos, não se pode esperar um modo semelhante ao nosso (ocidental) de transmitir e registrar os conhecimentos.¹⁵

Uma analogia interessante seria visualizar as relações entre as idéias no conhecimento da medicina chinesa tradicional como constelações de idéias móveis, e, no entanto, com certa estrutura natural. A relação dessas constelações com o terapeuta é indeterminada, ou melhor, é construída de novo a cada “caso”. Em outras palavras, as relações do terapeuta com o saber são distintas, flexíveis. A estrutura do saber não é teórica como (supostamente) na biociência, antes, apresenta uma abundância de relações analógicas, metafóricas e ecológicas, muito mais frouxas que na biociência, estando a ênfase estratégica da eficácia não tanto na precisa estrutura do saber a ser veiculado e

¹⁴ Vale comentar algo sobre a dificuldade de falar em sabedoria entre nós ocidentais. Em outro trabalho, comentei que: a palavra sabedoria, antes, talvez, plena de significado, respeito e procura (com certo prestígio cultural e por vezes, talvez, poder social), associada intimamente com as tradições, hoje é mais uma palavra no dicionário, e das pouco usadas, inclusive e particularmente na academia – o templo contemporâneo do saber. Por outro lado, os que tentam estudá-la hoje, como Jullien (2000), reconhecem a “falta de espaço” para ela no ocidente. O aparelho de pensamento da filosofia (que se estabeleceu há séculos na Europa e nos domina a todos) foi tornando a sabedoria inapreensível, considerada como subfilosofia, tornada sem relevo, indiscernível, ou pior, desinteressante (id., p.7-8), pueril, ingênua, pré-filosófica (id., p.85-86), pensamento raso, puramente residual (lugar-comum), resignado, objeto de ostensivo desprezo por parte da filosofia (id., p.29-30). Para os intelectuais e para as pessoas em geral do mundo modernizado, restaram as representações da ciência e/ou da filosofia, a maneira pela qual hoje podemos buscar com legitimidade e aceitação sociocultural alguma verdade orientadora. (Tesser, 2000, p.11-2)

¹⁵ Esse e outros comentários sobre a tradição taoísta da medicina chinesa são baseados na entrevista com o terapeuta da medicina tradicional chinesa mencionado no Apêndice I e sua referência ao seu aprendizado, bem como meu próprio contato com o professor dele (Liu Pai Lin). Razoável volume de registro de seus ensinamentos no Brasil encontra-se discutido e citado em Hensi (2000).

usado, mas na firme e enfática formação do sujeito que deve viabilizar uma terapêutica eficaz (com ou mesmo sem uma interpretação clara do adoecimento).

É preciso ressaltar, outrossim, que atualmente existe uma forte tendência racionalizadora do conhecimento da medicina tradicional chinesa, no sentido de estabelecer relações entre conceitos claras, estáveis e determinadas, esboçando uma "teoria", de forma similar ao saber ocidental.

A proliferação de cursos profissionalizantes, a incorporação especializada pela corporação médica de técnicas terapêuticas da medicina chinesa, como a acupuntura, no ambiente ocidental e nas especialidades médicas (como a ortopedia, anestesia, etc.), a proliferação ocidental de livros de medicina chinesa tendem a ir transformando essa medicina em algo mais semelhante, do ponto de vista de estrutura teórica, sócio-cognitiva e epistemológica, à nossa biociência. Algo como uma teoria médica diferente.

Como no Apêndice 1, todavia, usei uma discussão de caso proveniente de uma versão tradicional, via transmissão oral, veiculada por um representante ligado à tradição taoísta¹⁶ no Brasil, convém ressaltar que o modo de pensar, de agir, de se relacionar com as idéias e os pensamentos na tradição taoísta são distintos dos ocidentais e acadêmicos.¹⁷ Ou seja, o estilo de pensamento médico chinês tradicional parece ser muito estranho à biomedicina. A esse respeito, posso adiantar que a medicina chinesa tradicional é fundamentalmente "histórica" (por oposição às tradições "teóricas") no sentido que Feyereabend (1991) deu a esse termo.

A estrutura de geração e transmissão do saber nessa tradição é do tipo informal e tradicional, toda calcada na relação mestre-discípulo, na prática conjunta e continuada da atividade hetero e auto-curadora. Uma peculiaridade dela é que privilegia, como condição e

¹⁶ Mestre Liu Pai Lin, falecido em São Paulo em 02/02/2000 aos 93 anos, ensinou por aproximadamente 25 anos suas práticas e conhecimentos taoístas da medicina tradicional chinesa no Brasil e fora dele, sendo um dos primeiros e mais respeitados divulgadores do Tai chi chuan no país (estilo "Tao kung chuan").

¹⁷ Essa afirmação fundamenta-se na entrevista realizada para discussão do caso clínico do Apêndice 1 e do meu contato pessoal com essa tradição em questão. Autores como Jullien (1997, 1998, 2000) e Granet (1997) atestam algo dessa diferença. Todavia, ela fica para melhor exploração futura.

metodologia de aprendizado da medicina, a auto-cura e a experiência própria, diferentemente da biociência e da homeopatia.¹⁸

A produção do saber nos círculos esotéricos da tradição médica chinesa taoísta é composta por uma mescla de pelo menos três vertentes: a prática pessoal de auto-conhecimento, auto-cuidado e auto-cura, através dos numerosos exercícios, meditações e práticas psico-corporais abundantes nessa tradição, vista aí como produtora de saber e sabedoria; a prática de hetero-cuidado (no exercício da cura em outras pessoas) e a “recepção” tradicional do saber acumulado pela tradição. Todas as três fontes de saber e de produção de saber são permitidas e orientadas por ensino e supervisão pessoal via relação mestre-discípulo. Embora uma grande valorização e respeito pela tradição e pelo saber acumulado esteja presente nessa medicina tradicional, não me parece que ela se enquadre nos preconceitos de dogmatismo disseminado e total que a Ciência em geral projeta nas culturas tradicionais ou pré-modernas.

Dada a institucionalização da medicina tradicional chinesa na China e em muitos lugares do ocidente, esse modo tradicional convive hoje com o modo ocidentalizado e, em parte, cientificizado de produção e transmissão de saber, semelhante à biomedicina. A pesquisa clínica e biomédica em acupuntura e outras práticas cresce vertiginosamente.¹⁹

Devido a pouca ou nenhuma institucionalização da vertente tradicional de transmissão oral, seus coletivos de pensamento são micro-sociais, girando ao redor dos mestres e seus discípulos. Uma peculiaridade dessa tradição talvez seja o fato de que nela a relação hierárquica entre centro esotérico e periferia exotérica (mestres-discípulos-aprendizes-pacientes), do ponto de vista epistemológico, privilegia muito o pólo esotérico. Ou seja, a relação de influência bidirecional no metabolismo e transformação do saber é pouco democrática (usando termos de Fleck, 1986), está centrada numa autoridade auto-referenciada, fundada na experiência pessoal e socialmente remetida a centros mais esotéricos ainda (mestres dos mestres), e se exerce com bem mais força do centro para a

¹⁸ Embora os homeopatas e seu fundador incentivem o tratamento do iniciante pela homeopatia e a experimentação em si mesmo dos remédios homeopáticos.

¹⁹ Vide Ernst (2001).

periferia do que vice-versa. Nesse aspecto, esses fluxos de constituição e influência epistemológica parecem ser mais complexos e menos claros do que na biociência.

A existência mesma dos mestres e grandes acupunturistas chineses confunde-se com os próprios círculos esotéricos dessa medicina, sendo seus discípulos e aprendizes a periferia externa dos círculos esotéricos. O saber super-especializado é transmitido oralmente, existindo alguns livros clássicos e importantes, que são referências, sempre usados com a ajuda interpretativa do mestre ao vivo. Os livros, aí, não condensam em si o conhecimento relevante, ao contrário, esse permanece vivo nas pessoas.

Todavia, a curiosidade, a estranheza e talvez a eficácia do conhecimento da medicina chinesa, assim como do Taoísmo em que essa medicina se baseia, gerou um razoável acervo de obras e estudos literários, acadêmicos ou não, entre os chineses e ocidentais. De certo modo, se tomássemos essa “tradição de cura” como tomamos a nossa (a biomedicina), reconheceríamos nessa literatura o seu corpo principal, sua “ciência de manual”; mas esse não seria o caso se enfatizamos a vertente tradicional desse saber, como fiz no Apêndice 1.

Como exemplos de obras mais filosóficas e acadêmicas, ver por exemplo: Jullien (1997, 1998, 2000), Lima (2000), Hemsí (2000), Granet (1997); uma aproximação acadêmica sintética está em Luz, D. (1993). Versões para divulgação (não acadêmicas) estão em: Page (s/d), Smith (1998), Jung & Wilhelm (1986), Liu Hua Yang (1998), Normand (1985), Palmer (1996), Bloise (2000), Cheng (1989). Livros textos, de tradução recente para o português, de medicina tradicional chinesa como Ross (1994), Maciocia (1996), Chen & Li (1996), Hong-yen et al. (1999), Zhufan (1997), Gonzáles (1999), Tratado de medicina Chinesa (1993), também são exemplos de versões “manualísticas” dessa medicina.

Os aprendizes e curiosos sempre se iniciam, para além das práticas e do contato com o mestre, em livros que organizam e simplificam um tanto do saber da medicina chinesa. Podemos encontrá-los facilmente em livrarias e cursos mais ou menos institucionalizados dessa medicina (ou terapêutica, no caso da acupuntura). Esses apresentam uma estrutura teórica racionalizada, já bem mais ao estilo científico, um tanto

desvinculados da experiencição direta. Em geral, são obras recentes e traduzidas ou mesmo escritas num ambiente ocidentalizado ou cientificizado. Mas, mesmo assim, podem ser considerados como manuais.

Segundo Soares (2000, p.21), em 1996, estimava-se que havia no Brasil em torno de 25000 acupunturistas.²⁰ Não encontrei forma de estimar o número de “curandeiros” ou “terapeutas tradicionais chineses” em geral entre nós hoje, para além dos acupunturistas. A proliferação de cursos institucionalizados e a sua crescente procura é exemplo da progressiva expansão do número desses terapeutas entre nós e da transmissão do saber médico-tradicional chinês no Brasil. Esse contingente de terapeutas e curandeiros constitui a periferia dos círculos esotéricos da medicina tradicional chinesa entre nós, a quem recorrem os doentes que compõem os círculos exotéricos dessa medicina em nossa sociedade.

A periferia exotérica do coletivo de pensamento da medicina chinesa, constituído pelo povo chinês na China e pelos usuários e praticantes²¹ desse saber/prática em saúde-doença no ocidente, forma uma base popular receptora e metabolizadora de concepções e conhecimentos do pólo esotérico. Esse metabolismo por certo deve diferir na China e no ocidente e não nos é necessário nem há condições para avaliar essas diferenças aqui. Parece claro, entretanto, que a expansão epistemológica do saber esotérico no ocidente é muito preponderante sobre o retorno centrípeto, como já comentei, e no entanto isso não obscurece o fato de que o ambiente cientificizado daqui interfere e influencia o saber esotérico chinês e sua transmissão, até para que possa haver comunicação e transmissão intercultural desse saber/prática.²² O uso da nomenclatura das doenças da biomedicina, bem como de outros referenciais conceituais e de taxinomia (como a anatomia

²⁰ Dados obtidos pela autora da Associação Brasileira de Acupuntura, sendo a maioria de não-médicos.

²¹ Dado que a medicina tradicional chinesa dá grande ênfase ao lado preventivo das práticas de saúde, que podem ser praticados pelos doentes autonomamente para simultaneamente tratar e prevenir problemas de saúde, faz sentido falar em praticantes dessa medicina, para além de usuários ou “consumidores”, sem se referir aos terapeutas, coisa que na biociência pouco sentido tem – para uma pequena discussão crítica do lado profilático da biomedicina ver Tesser (1999, cap. 2).

²² Especificamente a esse respeito, Hemsí (2000) discute as mudanças e dificuldades de aprendizagem e de transmissão do taoísmo aos brasileiros, corroborando em parte essa assertiva através de entrevistas com a primeira geração de discípulos brasileiros do mesmo mestre (Liu Pai Lin) aqui tomado como referência esotérica.

do corpo, a fisiologia, etc.) pelos terapeutas dessa medicina (como Fábio e seus professores, mencionados no Apêndice 1), é indício sutil desse retorno centrípeto com alguma influência epistemológica.

A popularização da acupuntura no Brasil tende a ampliar a base de usuários exotéricos da medicina chinesa, e isso reforça a tendência, já presente nos últimos trinta anos, de crescente procura dessa medicina pelos profissionais de saúde e médicos brasileiros, estando em plena disputa de mercado a oficialização da acupuntura enquanto técnica a ser profissionalizada de forma restrita aos médicos (como querem certos grupos de profissionais médicos militantes nessa área), ou restrita aos profissionais de saúde (incluindo médicos e não-médicos) ou aberta a pessoas em geral. O processo de regulamentação social e legal da questão do exercício e da formação dos acupunturistas está em andamento no Brasil.

Pode-se, concluir, preliminarmente, que a medicina tradicional chinesa é uma “tradição de cura” antiga, que sofre rápidas e profundas transformações atualmente. O estudo, tanto de sua vertente mais tradicional de transmissão oral, quanto de sua institucionalização aos moldes ocidentais, é um campo aberto e fértil para pesquisa epistemológica e aplicação clínica.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANTES, P.C. *Epistemologia e homeopatia: um estudo epistemológico do Organon de S. Hahnemann*. **Revista de Homeopatia**, v.54, n.1, março de 1989. (Publicação da Associação Paulista de Homeopatia, São Paulo)

ADORNO, T.W.; HORKHEIMER, M. **Dialética do esclarecimento: fragmentos filosóficos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

ALMEIDA, E.L.V. **Medicina hospitalar – medicina extra-hospitalar: duas medicinas?** Rio de Janeiro: IMS/UERJ 1988, (Dissertação de Mestrado em saúde coletiva).

_____. **As razões da terapêutica**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1996, (Tese de doutorado).

ALMEIDA, M.I.M. *Subjetividade e ciências sociais: reflexões em torno do conceito de representação e seus impasses*. In: VAITSMAN, J.; GIRARDI, S. (orgs.) **A ciência e seus impasses: debates e tendências em filosofia, ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

ALMEIDA F.º, N. **A clínica e a epidemiologia**. Salvador-Rio de Janeiro: APCE/Abrasco, 1992.

_____. *O problema do objeto de conhecimento na epidemiologia*. In: COSTA, D.C.(org.) **Epidemiologia: teoria e objeto**, 2ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994, p.203-20.

_____. *Caos e causa em epidemiologia*. In: **Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia**. Belo Horizonte: CoopMed/Abrasco, 1994a, p.117-126.

_____. *Modelos de saúde-doença: preliminares para uma teoria geral da saúde*. Salvador: ISC-UFBA, mimeo, 2000, 24p.

_____. *Hacia una etnoepidemiología (Esbozo de un nuevo paradigma epidemiológico)*. *Revista de la Escuela de Salude Pública*, 3 (1):33-40, 1992a

ALVES, R. **Filosofia da ciência: introdução ao jogo e suas regras**, 21ª edição. São Paulo: Brasiliense, 1995.

- AMARANTE, P. (org.) **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. (Coleção Loucura e Civilização).
- AMORIM, T. **Ensino Técnico: que desafios para mudanças sociais?** Florianópolis: UFSC, 1999, (dissertação de mestrado em sociologia política).
- ANDERY, M.A.P.A. et al. **Para compreender a ciência: uma perspectiva histórica.** 10ª ed. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo; São Paulo; EDUC, 2001.
- APH (Associação Paulista de Homeopatia). **Proposta de estudo multicêntrico de tratamento profilático e curativo da dengue com medicamentos homeopáticos.** São Paulo: mimeo., 2002.
- ASTIN, J.A. *Why patients use alternative medicine: results of a national study.* **Journal of American Medical Association**, (279):19, p.1548-53, may, 1998.
- ÁVILA-PIRES, F.D. *Teoria e prática das práticas alternativas.* **Revista de Saúde Pública**, (29):2, p.147-151, 1995.
- BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença.** Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.
- BARRETO, J. A. E.; MOREIRA., R. V.O. (orgs.) **Coisas imperfeitas (escritos de filosofia da ciência.** Fortaleza: Casa José de Alencar/ Programa Editorial, 1996 (Coleção Alagadiço Novo, 61). (Universidade Federal do Ceará)
- BARROS, N.F. **Médicos em crise e em opção: uma análise das práticas não-biomédicas em Campinas.** Campinas: DMPS/UNICAMP, 1997. (Dissertação de mestrado).
- _____. **O instituinte e o instituído: o paralelo entre a Saúde Coletiva e a Medicina Complementar a partir da década de 50.** Campinas: 1997b, 13p., mimeo. (Comunicação oral apresentada ao V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva)
- _____. **Da medicina biomédica à complementar: um estudo dos modelos da prática médica.** Campinas: DMPS/UNICAMP, 2002, (Tese de Doutorado em Saúde Coletiva).

BARSTED, D.W.V.L. **VIII Seminário do projeto Racionalidades Médicas – Wu Ji, o vazio primordial. Primeiros contatos com representações da cosmogonia Taoísta na medicina Chinesa.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2000. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n.200)

_____. **A grama é verde? Linguagem e pensamento na medicina clássica chinesa.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 2000a, 44p, mimeo. (Apresentado ao IX Seminário do projeto Racionalidades Médicas – IMS/UERJ.

BASAGLIA, F. **Scritti II.** Torino: Einaudi, 1982.

_____ (coord.). **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. (Biblioteca de filosofia e história das ciências; n.17)

BENNET, C; PLUM, F. (ed.). **CECIL – Tratado de medicina interna.** 20ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1996, v.1 e 2.

BENJAMIN, W. **Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura.** 7ª ed., São Paulo: Brasiliense, 1994.

BENSON, H.; STARK, M. **Medicina espiritual: o poder essencial da cura.** Rio de Janeiro: Campus, 1998.

BERGER, P.L., LUCKMANN, T. **A construção social da realidade,** 13ª ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

BLANK, N. **O raciocínio clínico e os equipamentos médicos.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1985. (Dissertação de mestrado).

BLOISE, P.V. **O tao e a psicologia.** São Paulo: Editora Angra, 2000.

BOURDIEU, P. **Coleção Grandes Cientistas Sociais.** São Paulo: Ática, 1990.

_____. **A economia das trocas simbólicas.** São Paulo: Perspectiva, 1994.

_____. **Coisas ditas.** São Paulo: Brasiliense, 1990

_____. **Questões de Sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983

_____. et al. **A miséria do mundo**. Petrópolis/ RJ: Vozes, 1997.

BRONOWSKI, J. **O senso comum da ciência**. Belo Horizonte: Editora Itatiaia, 1977.

BUCHILLET, D. (org.) **Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia**. Belém: MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP, 1991.

BUNGE, M. **Epistemología: curso de actualización**. s/e: s/d.

BRASIL. **O papel da medicina natural e das práticas complementares de saúde na consolidação da diretrizes da reforma sanitária brasileira**. Brasília: mimeo, 2003.

CAMARGO Jr., K. R. **(Ir)Racionalidade médica: os paradoxos da clínica**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1985. (Dissertação de mestrado).

_____. **O conceito de paradigma em Kuhn: aplicação na epistemologia do saber médico**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1992a. (mimeo)

_____. **Paradigmas, ciência e saber médico**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1992b. 20p. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n.6)

_____. **O Paradigma clínico-epidemiológico e a construção da racionalidade médica contemporânea: o caso da AIDS**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1992c. (Projeto de tese de doutorado).

_____. *(Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica*. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, (2):1, 1992d.

CAMARGO Jr., K.R; MATTOS,R.A.; VIANNA, C.M.M. **Paradigmas, ciência e saber médico: uma discussão**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993a. 52p. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 31)

CAMARGO Jr., K.R. **Racionalidades médicas: a medicina ocidental contemporânea**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993b. (Série Estudos em saúde coletiva, n.65).

_____. **As ciências da AIDS & e a AIDS das ciências: o discurso médico e a construção da AIDS.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994a.

_____. **A racionalidade médica - um estudo de caso: o ambulatório de medicina integral.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1994b. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n.99).

_____. *Medicina, medicalização e produção simbólica.* In: PITTA, A.M.R. (org.) **Saúde & comunicação: visibilidades e silêncios.** São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1995, p.13-25.

_____. **Medicina, médicos, doenças e terapêutica: exame crítico de alguns conceitos.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1998. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n.170).

CAMPOS, G.W.S.; MERHY, E.; NUNES, E.. **Planejamento sem normas.** São Paulo: Hucitec, 1989.

CAMPOS, G.W.S.. **Os médicos e a política de saúde.** São Paulo: Hucitec, 1982.

_____. **A saúde pública e a defesa da vida.** São Paulo, Hucitec: 1991.

_____. **Reforma da reforma.** São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. *Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde.* In: CECÍLIO, L.C.O. (org.). **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994, p.29-87.

CAMPOS, G.W.S. *Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em saúde.* In: MERHY, E.E., ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997a, p.197-228.

_____. **Viabilidade do SUS.** Apostila do curso de pós-graduação do Departamento de medicina Preventiva e Social da FCM – UNICAMP, 1997b, mimeo.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos - A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda.**

Campinas: Hucitec, 2000. (Tese de livre docência apresentada ao DMPS/FCM/UNICAMP).

_____. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CANGUILHEM, G.. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1980a.

_____. **O tao da física**. São Paulo: Cultrix, 1980b.

_____. **A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. São Paulo: Cultrix, 1996.

CARVALHO, M.T.. **A contribuição da racionalidade homeopática na construção de um modelo de atenção usuário-centrado no serviço público: relato de uma experiência**. Campinas: 1998. (Monografia apresentada ao curso de especialização em Homeopatia da Associação Paulista de Homeopatia).

CASSIRER, E. **El problema del conocimiento en la filosofia y en la ciencia modernas IV**. México D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1993, 396p. (5ª reimpressão).

CASTIEL, L.D. *O estresse na pesquisa epidemiológica o desgaste dos modelos de explicação coletiva do processo saúde doença*. **Physis: revista de saúde coletiva**, (3):1, p.91-106, 1993.

_____. **O buraco e o avestruz: a singularidade do adoecer humano**. Campinas: Papirus, 1994.

_____. *Hestórias clínicas: categorias para o corpo que adoece*. In: VAITSMAN, J.; GIRARDI, S. (orgs.) **A ciência e seus impasses: debates e tendências em filosofia, ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

CECÍLIO, L.C.O.(org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. *Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental*. In: MERHY, E.E., ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997a, p. 151-167.

_____. *Modelos tecno-assistenciais sem saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada*. **Cadernos de saúde pública**, (13):3, julho/setembro, 1997b, p.469-478.

CHACRA, F.C.. **Necessidades de saúde e diagnósticos médicos: crianças em idade escolar, seus incômodos e o desejo de comunicação com a medicina**. Campinas: DMPS/UNICAMP, 1995. (Dissertação de mestrado).

CHALMERS, A. **A fabricação da ciência**. São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1994.

_____. **O que é a ciência afinal?** São Paulo: Brasiliense, 1993.

CHEN, S.Y.; LI, F. **Guia clínico de ervas e fórmulas na medicina chinesa**. São Paulo: Roca, 1996.

CHIBENI, S.S. **A questão da cientificidade da homeopatia**. Campinas: 2000, mimeo., 30p. (Versão corrigida de texto publicado nos anais do II Congresso da Federación de Asociaciones Médicas Homeopáticas Argentinas, 1998, p.406-35.)

_____. *On the scientific status of homeopathy*. **British Homeopathic Journal**, 90:92-98, 2001.

CLAVREUL, J.. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

CONIGLIONE, F (ed). **Polish philosophy page**. Disponível no site: <http://www.fmag.unict.it/PolPhil/Fleck/Fleck.html>. (Várias páginas com textos curtos sintetizando conceitos e idéias de Fleck compõem o site dedicado ao autor)

- COSTA, A.M. L.. **Apoio social e unidade corpo mente: Uma reflexão sobre a crise do modelo de saúde brasileiro.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2000, mimeo., 11p. (Apresentado ao IX seminário do projeto “Racionalidades Médicas”).
- COSTA, D.C.(org.) **Epidemiologia: teoria e objeto**, 2ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.
- COULEHAN, J.L.; BLOCK, M.R. **A entrevista médica: um guia para estudantes da arte.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. (Série Biomédica)
- CUNHA, G.T. **A clínica ampliada na atenção básica.** Campinas: DMPS, 2003, mimeo. (Texto apresentado para qualificação de estudo de mestrado ao DMPS/FCM/UNICAMP):
- DALMASO, A.S.W. **Estruturação e transformação da prática médica: estudo de algumas das características do modelo de trabalho na segunda metade do século XIX e início do século XX.** São Paulo: DMP /FM/USP, 1991. (Dissertação de mestrado).
- _____. **Estruturação e transformação da prática médica: técnica e ciência na segunda metade do século XX.** São Paulo: USP/FM/DMP 1998. (Tese de doutorado).
- DANTAS F. *Desinformação e deformação no ensino médico: a homeopatia no contexto da farmacologia médica.* **Rev. Bras. Educ. Méd.** Rio de Janeiro, 9(1):25-29, jan./abr., 1985.
- DEMO, P. **Conhecimento moderno: sobre ética e intervenção do conhecimento.** Petrópolis: Vozes, 1997.
- DIAZ, J.H.T;AVESANI,H.;PALAU,M.L.A.V.; HERNADEZ, R.L. *Asma brônquica: utilidade da terapêutica homeopática.* **Pesquisa Homeopática**, 13(2):2-19, 1998.
- DICKINSON, D.P.S. *O crescimento das terapias complementares: um expansão orientada pelas necessidades do consumidor.* In: ERNST. E. (ed.) **Medicina complementar: uma avaliação objetiva.** São Paulo: Editora Manole, 2001, p.136-46.

DOBSON, R. *Half of general practices offer patients complementary medicine*. BMJ 2003;327:1250.

DOSSEY, L.. **Espaço, tempo e medicina**. São Paulo: Cultrix, 1998.

DRUMMOND J.P.; SILVA, E.. **Medicina baseada em evidências: novo paradigma assistencial e pedagógico**. São Paulo: Editora Atheneu, 1998.

DUPUY, J.P., KARSENTY, S. **A invasão farmacêutica**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

ECKERT, A. **O Tao da cura: a teoria dos cinco elementos aplicada ao Qi Gong, Tai Chi, Acupuntura e Feng Shui**. São Paulo: Ground, 2002.

EGITO, J.L. **Homeopatia: contribuição ao estudo da teoria miasmática**. São Paulo: Editora Soma Ltda., s/d.

ELIAS, M.E.V. **Racionalismo crítico e sociedade: os fundamentos da teoria racional da tradição em Karl Popper**. Campinas: Editora Alínea, 2000.

EPSTEIN, I. **Revoluções científicas**. São Paulo: Ática, 1988.

ERNST, E. (ed.) **Medicina complementar: uma avaliação objetiva**. São Paulo: Editora Manole, 2001.

EVANS-PRITCHARD, E.E. **Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

EIZAYAGA, F.X. **Tratado de medicina homeopática**. 2ª ed., Buenos Aires: Ediciones Marecel, 1981.

_____. **El moderno repertório de Kent**. Buenos Aires: Ediciones Marecel, 1987.

FLECK, L.. **La génesis y el desarrollo de um hecho científico**. Madrid: Alianza Editorial, 1986.

FEYERABEND, P.K. *Reply to criticism*. In: Cohen & Wartofsky: **Boston Studies in the Philosophy of science**, 2, p.223-61, 1965.

_____. *Problems of empiricism*. In: DOLODNY (org.): **Beyond of edge of certainty**. 1965b P. 237-49.

_____. *Problems of empiricism, part 2* . In: COLODNY (org.) : **The nature and function of scientific theory**. 1969.

_____. *Classical empiricism*. In: Butts (org.): **The methodological heritage of newton**. 1970

_____. *Imre Lakatos*. **British Journal for the Philosophy of Science**, vol.26, 1975.

_____. *Changing patterns of reconstruction*. **British Journal for the Philosophy of Science**, vol.28, 1977.

_____. *On a recent critique of complementarity*. **British Journal for the Philosophy of Science**, vol.35, p.309-31.

_____. *On a recent critique of complementarity*. **British Journal for the Philosophy of Science**, vol.36, p.82-105.

_____. *Consolando o especialista*. In: LAKATOS, I.; MUSGRAVE, A. (orgs.) **A crítica e o desenvolvimento do conhecimento**. São Paulo: Cultrix - Ed. da Universidade de São Paulo, 1979. p. 244-84 .

_____. **La ciencia en una sociedade libre**. Madrid: Siglo veintiuno editores, 1982.

_____. **Contra o método**. 2^a ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1985.

_____. **?Por qué no Platón?** Madrid: Editorial Tecnos, 1985a.

FEYERABEND, P.K. **Limites de la ciencia: explicación, reducción y empirismo**. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica e Instituto de Ciencias de la Educación de la Universidad Autónoma de Barcelona, 1989. (Colección Pensamiento Contemporaneo 3)

_____. **Diálogo sobre el metodo**. Madrid: Ed. Cátedra, 1990. (Colección Teorema)

_____. **Adeus à razão**. Lisboa: Edições 70, 1991.

_____. **Matando o tempo: uma autobiografia.** São Paulo: Fundação Editora da Universidade Estadual Paulista (Editora UNESP), 1996.

FOUCAULT, M. **A história da loucura.** São Paulo: Ed. Perspectiva, 1978.

_____. **As palavras e as coisas,** 5ª ed. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1990.

_____. **O nascimento da clínica.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1980.

_____. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FOUREZ, G. **A construção das ciências: introdução à filosofia e à ética das ciências.** 1ª reimpressão, São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista (UNESP), 1995.

FREIRE Jr., M.B.. *Conhece-te a ti mesmo: uma proposta de educação popular para a saúde.* **Saúde em Debate**, n.41, p.4-8, dezembro, 1993.

GEMCA – Grupo de Estudos Homeopáticos de Campinas. Congresso: **A homeopatia no século XXI: A homeopatia dialoga com a universidade – perspectivas de ensino e pesquisa de medicina homeopática dentro da universidade.** Campinas, 29/11-01/12/2000.

GENNEPER, T. **Como paciente de Samuel Hahnemann: o tratamento de Friedrich Wieck nos anos 1815/1816.** Rio de Janeiro: Instituto de Homeopatia James Tyler Kent, 1996.

GOMES, M.M.(ed.) **Medicina baseada em evidências: princípios e práticas.** Rio de Janeiro, Reichmann & Affonso Ed., 2001.

GONZÁLEZ, G.E.. **Auriculoterapia: Escola Huang Li Chun.** São Paulo: Roca, 1999.

GIBSON, R.G.; GIBSON, S.L.M.; MACNEILL, A.D.; BUCHANAN, W.W. *Homeopathic therapy in rheumatoid arthritis: evaluation by double-blind clinical therapeutic trial.* **Br. J. clin. Pharmac.** (1980), 9, 453-459.

- GRACIANO, M.M.C.. **A teoria biológica de Humberto Maturana e sua repercussão filosófica**. Belo Horizonte: UFMG/FFCH/DF, 1997(Dissertação de mestrado em filosofia).
- GRAMSCI, A. **Concepção dialética da história**. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 1986.
- GRANET. M. **O pensamento chinês**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.
- GUIMARÃES, M.B.L. *Intuição e arte de curar: pensamento e ação na clínica médica*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1999, 38p., mimeo. (Apresentado no VIII seminário do Projeto “Racionalidades Médicas”, novembro de 1999).
- HABERMAS, J. **Teoria de la acción comunicativa**. Madrid: Taurus, 1989.
- HAHNEMANN, S. **Organon of Medicine**. London, Victor Gollancz Ltd., 1986.
- HAHNEMANN, S. **Exposição da doutrina homeopática ou Organon da arte de curar**. Traduzido da 6ª ed. alemã. 3ª reimpressão brasileira. São Paulo: Publicado pelo Grupo de Estudos Homeopáticos “Benoit Mure”, 1986a.
- _____. **Doctrina y Tratamiento Homeopático de las Enfermedades Crónicas**. Traduzido da tradução francesa de J.L. Jourdan por E.D. Flores. Mexico, Propulsora de Homeopatia S.A., 1941.
- HEMSI, A.R.. **Taiji quan e Educação: trajetórias de alunos-professores da Escola Pai Lin**. São Paulo: Faculdade de Educação da USP, 2000. (Tese de doutorado)
- HERMAN, J. *The demise of the randomized controlled trial*. **Journal of clinical epidemiology**. (48):7, p.985-988, 1995.
- HONG-YEN, H (et al.) **Matéria médica oriental: um guia conciso**. São Paulo: Roca, 1999.
- ILLICH, I. **Nêmesis da medicina: a expropriação da saúde**. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.

JUCÁ, L.; MOULIN, N. (orgs.) **Parindo um mundo novo: Janete Capiberibe e as parteiras do Amapá.** São Paulo: Cortez, 2002.

JULLIEN, F.. **Figuras da imanência: para uma leitura filosófica do *I ching*, o clássico da mutação.** São Paulo: Ed. 34, 1997. (coleção TRANS)

_____. **Tratado da Eficácia.** São Paulo: Editora 34, 1998.

_____. **Um sábio não tem idéia.** São Paulo: Martins Fontes, 2000.

JUNG, C.G. *Introdução.* In: JUNG, C.G. & WILHELM, R. **O segredo da flor de ouro: um livro de vida chinês.** 5ª ed. Petrópolis: Vozes, 1988.

KAPTCHUK, T.J.; EDWARDS, R.A.; EISENBERG, D.M. *Medicina complementar: eficácia além do efeito placebo.* In: ERNST, E. (ed.) **Medicina complementar: uma avaliação objetiva.** São Paulo: Editora Manole, 2001, p.39-64.

KENT, J.T. **Filosofia Homeopática.** Madrid: Casa Editorial Bailly-Bailliere: 1926. (Traduzido do inglês por Augusto Vinyals Roig).

KIENE, H. *Placebo effect and placebo concept: a critical methodological and conceptual analysis of reports on the magnitude of the placebo effect.* **Alternative Therapies in Health and Medicine**, (2): 6, 1996.

KINOSHITA, R.T.. **O outro da reforma: contribuições da teoria da autopoiese para a problemática da cronicidade no contexto das reformas psiquiátricas.** Campinas: DMPS/FCM/UNICAMP ,2000. (Tese de doutorado).

KLOETZEL, K. **Clínica Médica: raciocínio e conduta.** São Paulo: EPU, 1980.

_____. **Medicina Ambulatorial: princípios básicos.** São Paulo: EPU, 1999.

KNELLER, G.F. **A ciência como atividade humana.** Rio de Janeiro: Zahar: São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, 1980.

KOIFMAN, L.. **A crítica ao modelo biomédico na reformulação curricular do curso de medicina da Universidade Federal Fluminense.** Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1996. (Dissertação de mestrado).

KÖNIGSBERGER, F. *As observações prognósticas de Hahnemann e sua conduta terapêutica* (6ª edição do organon). **Revista de Homeopatia**, vol.61, n.3-4, 1996, p.45-55 [São Paulo].

KOYRÉ, A. **Considerações sobre Descartes.** 4ª ed. Lisboa: Editorial Presença, 1992, 65p.

KUHN, T.S. *Reflexões sobre meus críticos.* In: LAKATOS, I.; MUSGRAVE, A. (orgs.) **A crítica e o desenvolvimento do conhecimento.** São Paulo: Cultrix - Ed. da Universidade de São Paulo, 1979, p.285-343.

_____. **La estructura de las revoluciones científicas.** 7ª reimpressão. México, D.F.: Fondo de cultura economica, 1986.

_____. **A estrutura das revoluções científicas.** São Paulo: Perspectiva, 1987.

_____. **A tensão essencial.** Lisboa: Edições 70, 1989.

LACERDA, A.; VALLA, V. *Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS:ABRASCO, 2003, p.169-196.

LACEY, H. **Valores e atividade científica.** São Paulo: Discurso Editorial, 1998. (Coleção Filosofia da Ciência & Epistemologia).

_____. **Kuhn: trabalhando em ‘mundos’ diferentes e incompatíveis.** Conferência apresentada à IV Reunião Brasileira de Filosofia Analítica. Florianópolis: mimeo., outubro de 1997.

- LADRIÈRE, J. **Filosofia e práxis científica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978, 193p. (Coleção Episteme).
- LAKATOS, I.; MUSGRAVE, A. (orgs.) **A crítica e o desenvolvimento do conhecimento**. São Paulo: Cultrix - Ed. da Universidade de São Paulo, 1979.
- LAKATOS, I. **O falseamento e a metodologia dos programas de pesquisa científica**. In: LAKATOS, I.; MUSGRAVE, A. (orgs.) **A crítica e o desenvolvimento do conhecimento**. São Paulo: Cultrix - Ed. da Universidade de São Paulo, 1979, p.109-243.
- LAPLANTINE F. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- LAPLANTINE, F. & RABEYRON, P.L. **Medicinas Paralelas**. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- LATHOUD. **Matéria médica homeopática**. (s/ed, s/d).
- LATOUR, B. ; WOLLGAR, S.. **A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.
- LATOUR, B. **Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora**. São Paulo: Editora UNESP, 2000a.
- _____. **Jamais fomos modernos: ensaios de antropologia simétrica**. 2ª reimpressão. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2000. (1ª ed.: 1994)(Coleção TRANS).
- _____. **A esperança de Pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos**. Bauru, SP: EDUSC (Editora da Universidade do Sagrado Coração), 2001.
- _____. **Reflexão sobre o culto moderno dos deuses fe(i)tiches**. Bauru,SP: EDUSC, 2002.
- LEAVELL H; CLARK, E.G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGrawHill do Brasil, 1976.

LEVIN, J.S; GLASS T.A; KUHL, L.H.; SCHUCK, J.R.; STEELE, L.; JONAS, W.B. *Quantitative methods in research on complementary and alternative medicine: a methodological manifesto*. **Medical care**, (35):11, p.1079-1094.

LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro: Ed. Tempo Brasileiro, 1975. (Coleção Biblioteca Tempo Universitário, n.7)

_____. **O Pensamento selvagem**. 2ª ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1976. (Biblioteca Universitária - Série 2ª - Ciências Sociais - vol.31)

LÉVY, P. **As tecnologias da inteligência: o futuro do pensamento na era da informática**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1993.

LIMA, A.M.A.; PITARELLO, M.; RODRIGUES, P.R.A.; BEUTNER, R.; BERGO, S.M. *Observações clínicas sobre a ação de medicamento homeopático em lesões por papiloma vírus humano (Policlínica III da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas)*. **Revista de Homeopatia**, vol.62, n.1-2, 1997, p.3-5. [São Paulo]

LIMA, L.M.S.. **O tao da educação: a filosofia oriental na escola ocidental**. São Paulo: Ed. Ágora, 2000.

LINHARES, W. **Homeopatia e pediatria: 1º e 2º nível**. São Paulo: Typus, 1988.

LOURENÇO, P.M.C. **Homeopatia: ciência ou ficção? Meta-análise da teoria da Homeopatia**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1989. (Dissertação de mestrado)

LÖWY, I.. *Ludwik Fleck e a presente história das ciências*. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, 1 (1), 7-18, jul-oct., 1994.

LUZ, D. **Racionalidades médicas: medicina tradicional chinesa**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 72).

LUZ, H.S. **Racionalidades médicas: a medicina homeopática**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993. (Série: Estudos em Saúde Coletiva, 64, IMS/UERJ).

LUZ, M.T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna.** Rio de Janeiro: Campus, 1988.

_____. (coord.). **1º Seminário – projeto “Racionalidades Médicas”** (Med. Ocid. Mod.; Med. Trad. Chinesa; Med. Ayurvédica e Homeopatia). Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1992, 101p., mimeo.

_____. *Racionalidades médicas e sistemas de conhecimento: roteiro teórico para uma abordagem comparativa de “Medicinas alternativas” em ciências sociais.* In: LUZ, M. T. (org.) **II Seminário do projeto “Racionalidades médicas”.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993, 74 p., mimeo.

_____. **A arte de curar e a ciência das doenças: história social da homeopatia no Brasil.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1995, (Tese de Professor Titular).

_____. **Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1996. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 62)

_____. (coord.). **V Seminário do projeto Racionalidades Médicas.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1996a. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n136.)

LUZ, M.T. (org.). **Relatório do 7º seminário do projeto “Racionalidades médicas”.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1997a, 268p, mimeo.

_____. *Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX.* **Physis: Revista de saúde coletiva.** Rio de Janeiro, 7(1):13-43, 1997b.

_____. *Comparação de representações de corpo, saúde, doença e tratamento em pacientes e terapeutas de homeopatia, acupuntura e biomedicina na rede de saúde pública do município do Rio de Janeiro.* Rio de Janeiro: 1998, 30p, mimeo. (Comunicação à XXI Reunião Brasileira de Antropologia da Associação Brasileira de Antropologia, Vitória - ES, abril de 1998).

MAGALHÃES, T.M.L. *Eficácia clínica da Homeopatia: revisão de literatura.* **Revista de Homeopatia,** São Paulo, 65 (1):5-25, 2000.

- MAGEE, E.B. **As idéias de Popper**. São Paulo: Cultrix, 1974.
- MAMEDE, S. (org.); PENAFORTE, J. (org.); SCHMIDT, H.; CAPRARA, A.; TOMAZ, J.B.; SÁ, H.L.C. **Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional**. Fortaleza: Hucitec, 2001.
- MACIOCIA, G. **A prática da medicina chinesa: tratamento de doenças com acupuntura e ervas chinesas**. São Paulo: roca, 1996.
- _____. **Os fundamentos da medicina chinesa**. São Paulo: s/ed., 1996.
- MARIN, Mateus. *Uma abordagem em experiência patogenética*. **Revista de Homeopatia**, v.53, n.1, jan.fev.mar.1988 (n. 176 da numeração anterior), p.4-62.
- MARQUES, E.A. **Racionalidades médicas: medicina ayurvédica**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993 (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 75).
- MASON, S.; TOVEY, P.; LONG, A.F. *Evaluating complementary medicine: methodological challenges of randomised controlled trials*. **BMJ**, 2002; 325:832-834. (12 de outubro).
- MATURANA, H.; VARELA, F. **A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana**. São Paulo: Palas Athena, 2001.
- _____. **De máquinas e seres vivos - autopoiese: a organização do vivo**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1997.
- MATURANA, H. **Da biologia à psicologia**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- _____. **A ontologia da realidade**. 1ª reimpressão Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999a.
- _____. **Emoções e linguagem na educação e na política**. 1ª reimpressão. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999b.
- _____. **Cognição, ciência e vida cotidiana**. Organização e tradução Cristina Magro, Victor Paredes. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2001. (Humanitas).

MENDES GONÇALVES, R.B. *Reflexão sobre a articulação entre investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônico-degenerativas.* In: **Epidemiologia: teoria e objeto**, 2ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

MENEZES, R.A. **A epistemologia de Fleck e a formação médica.** Rio de Janeiro: IMS, UERJ, dezembro de 1998, 12p. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n.182).

MERHY, E.E. *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.* In: MERHY, E.E., ONOCKO, Rosana. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997a, p.71-113.

_____. **Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo.** Campinas: DMPS/FCM/UNICAMP, 2000. (Tese de livre docência).

MOREIRA NETO, G. **Homeopatia Em Unidade Básica de Saúde (UBS): Um Espaço Possível.** São Paulo: USP/FSP, 1999 (Dissertação de Mestrado). .

MORIN, E. **O problema epistemológico da complexidade.** Portugal: Europa-América, 1983.

_____. **O método I: a natureza da natureza.** 2ª ed., Lisboa: Publicações Europa-América, 1980.

MOORE, C.A.(org.) **Filosofia: oriente e ocidente.** São Paulo: Cultrix ; Ed. Universidade de São Paulo, 1978.

MOSES, L.E. *Measuring effects without randomized trials? Options, problems, challenges.* **Medical care.** (33):4, p.AS8-AS14, *supplement*, 1995.

NASCIMENTO, M.C. **Da panacéia mística à especialidade médica: a construção do campo da acupuntura no Brasil.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1997. (Dissertação de mestrado).

- NASSIF, M.R.G. **Homeopatia sem dúvida.** São Paulo, Paulinas, 1996. – (Aprendendo com a natureza).
- NASSIF, M.R.G. e cols. **Compêndio de Homeopatia.** (vols. 1 e 2) São Paulo: Robe Editorial, 1995.
- NEDHAM, J. *Historia y valores humanos: perspectiva china para la ciência y la tecnología mundiales.* In: _____. **De la ciencia y la tecnología chinas.** Madrid: Siglo veintiuno, 1978.
- NORMAND, H. **Os mestres do Tao: Lao-Tzu, Lie-Tzu, Chuang-Tzu.** São Paulo: Pensamento, s/d (ed. original: 1985).
- NOGUEIRA, M.I.; CAMARGO Jr., K.R. *Dois tópicos para uma discussão sobre medicina e ciência.* Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1998, 20p, mimeo.
- NOGUEIRA, M.I. **Entre a conversão e o ecletismo: de como médicos brasileiros tornam-se “chineses”.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2003. (Tese de doutorado em Saúde Coletiva).
- NOGUEIRA, R.P. **Risco, confiança e satisfação: a contingência da saúde na modernidade.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1997 (Projeto de tese de doutorado).
- OLIVA, A (org.) **A cientificidade em questão.** Campinas: Papirus, 1990.
- OLIVA, A. *Anarquismo epistemológico: última etapa da crítica ao ideal empiricista de ciência?* In: OLIVA, A (org.) **A cientificidade em questão.** Campinas: Papirus, 1990, p. 131-177.
- OLIVEIRA, J.C.P. **Carnap e o pós-positivismo.** Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade de Campinas (IFCH/UNICAMP), janeiro/1998, 24p. (Coleção Primeira Versão, n.74).

OLIVEIRA, J.C.P. **Kuhn, Popper e a História da ciência.** Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade de Campinas (IFCH/UNICAMP), agosto/1999, 25p. (Coleção Primeira Versão, n.84).

_____. **Positivismo, ciência e filosofia.** Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade de Campinas (IFCH/UNICAMP), janeiro/2001, 24p. (Coleção Primeira Versão, n.74).

PAGE, M. **Ch'i: energia vital.** São Paulo: Pensamento, s/d.

PAIM, J.S. ALMEIDA F.º, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva.** Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

PALMER, M.. **The book of Chuang tzu.** Traduzido por Martin Palmer, Elizabeth Breuily, chang Wai Ming e Jay Ramsay. London: Arkana / Penguin Books, 1996.

PASCAL, G. **Pensamento de Kant.** 6ª edição. Petrópolis: Vozes, 1999.

PATEL, M. S. *Evaluation of holistic medicine.* **Social science & medicine.** (24):2, p.169-175, 1987.

PERESTRELLO, D. **A Medicina da pessoa: Abordagem da pessoa e seu adoecer em clínica médica.** 2ª edição. Rio de Janeiro: Atheneu, 1974.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e na cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

_____. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS:ABRASCO, 2003.

PITTA, Ana (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1996.

POPPER, K.R. **La lógica de la investigación científica.** 1ª reimpressão. Madrid: Tecnos, 1967, 451pp..

_____. **Conjecturas e refutações.** Brasília: Editora da UnB, 1972.

_____. **A sociedade aberta e seus inimigos - O fascínio de Platão.** Belo horizonte: Ed. Itatiaia; São paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, 1974a. (Espírito do nosso tempo, 1-1A) v.1.

_____. **A sociedade aberta e seus inimigos - A preamar da profecia: Hegel, Marx e a colheita.** Belo horizonte: Ed. Itatiaia; São paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, 1974b. (Espírito do nosso tempo, 1-1A) v.2.

_____. **O conhecimento objetivo.** Belo Horizonte: Itatiaia : São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, 1975.

PORTOCARRERO, V.(org.) **Filosofia, história e sociologia das ciências I: abordagens contemporâneas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

PÓVOA, E. **Entre a escuta e a ausculta: crítica à racionalidade médica a partir da medicina baseada em evidências.** Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2000 (Projeto de dissertação de mestrado).

PIGNARRE, P. **O que é o medicamento? Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade.** São Paulo: Ed. 34, 1999.

PRIGOGINE, I.. **O fim das certezas: tempo, caos e leis da natureza.** São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996.

PRIGOGINE, I.; STENGERS, I. **A nova aliança.** 3ª ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997.

QUINE, W.V.O. *Two dogmas of empiricism.* In: **From a logical point of view.** Cambridge: Mass, 1953, p.20-46.

QUEIROZ, M.S. *Curandeiros do mato, curandeiras da cidade e médicos: um estudo antropológico dos especialistas em tratamento de doenças na região de Iguape.* **Ciência e cultura**, (32):1, p.31-47, janeiro de 1980.

_____. Hot and Cold Classification in Tradicional Iguape medicine. *Ethnology*, (23):1, p.63-72, 1984.

QUEIROZ, M.S. *O paradigma mecanicista da Medicina Ocidental Moderna: uma perspectiva antropológica*. *Revista de Saúde Pública*. (20):4, p.309-17, 1986.

_____. *Perspectivas teóricas sobre medicina e profissão médica: uma proposta de enfoque antropológico*. *Revista de Saúde Pública*. (25):4, p.318-25, 1991.

RIBEIRO, J.M. **Trabalho médico: ciência, arte e ação na conformação da técnica**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1995. (Tese de doutorado).

_____. *Técnica médica e singularidades*. In: VAITSMAN, J.; GIRARDI, S. (orgs.) **A ciência e seus impasses: debates e tendências em filosofia, ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, p.181-209.

RIBEIRO Fº, A. **Repertório de sintomas homeopáticos**. São Paulo: Robe Editorial, 1995.

RIBEIRO Jr., J. **Fenomenologia**. São Paulo: Pancast, 1991.

RODRIGUES, R. **A crise da medicina: prática e saber**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 1979. (Dissertação de mestrado).

RORTY, R. **A filosofia e o espelho da natureza**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994, 386p.

_____. **Consequências do pragmatismo (ensaios: 1972-1980)**. Lisboa: Instituto Piaget, 1999 [?] (tradução do inglês, ed. original:1982).

ROSEMBAUM, P. **Homeopatia e vitalismo: um ensaio acerca da animação da vida**. São Paulo: Robe Editorial, 1996.

_____. **Homeopatia: medicina interativa, história lógica da arte de cuidar**. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000. (Série Diversos)

- ROSS, J. **Zang-fu: sistemas de órgãos e vísceras da medicina tradicional chinesa: funções, inter-relações e padrões de desarmonia na teoria e na prática.** São Paulo: Roca, 1994.
- ROTELLI, F.;LEONARDIS, O.;MAURI, D.;RISIO,C. **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec, 1990. (organização: Fernanda Nicácio)
- ROZEMBERG, B.; MINAYO, M.C.S. *A experiência complexa e os olhares reducionistas.* **Ciência e Saúde coletiva**, vol.6, n.1, 2001, p.115-25.
- SABROZA, P.C. Prefácio de COSTA, D.C.(org.) **Epidemiologia: teoria e objeto**, 2ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994, p.7-10.
- SACKS, O.W. **Um antropólogo em Marte: sete histórias paradoxais.** São Paulo: Companhia das Letras, 1997a.
- _____. **O homem que confundiu sua mulher com um chapéu: e outras histórias clínicas.** São Paulo: Companhia das Letras, 1997b.
- _____. *Escotoma: esquecimento e negligência em ciência.* In: SILVERS, R.B.(org.) **Histórias esquecidas da ciência.** São Paulo: Paz e Terra, 1997, p.111-144..
- SAHTOURIS, E. **A dança da terra: sistemas vivos em evolução: uma nova visão da biologia.** Rio de Janeiro: Record / Rosa dos Tempos, 1998. (Coleção Tendências do milênio, 2).
- SALLES, S.A.C. **Perfil do médico homeopata.** São Paulo: USP/FSP, 2001. (dissertação de mestrado).
- SAMAJA, J. *Aportes de la metodologia a la reflexión epistemológica..* In: DÍAZ, E.(ed.) **La posciencia.** Buenos Aires: Ed. Biblos, 2000a.
- _____. *Para una mirada panoramica del processo de investigacion.* Buenos Aires: mimeo, 2000b. (Apresentado em curso no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva).

_____. **A reprodução social e a saúde: elementos metodológicos sobre a questão das relações entre saúde e condições de vida.** Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000c.

SANTOS, A.L.G. **Uma construção dos saberes sobre a epidemia de AIDS: os formulários de notificação de casos em perspectiva (1982-98).** Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1999. (Dissertação de mestrado)

SANTOS, B.S. **Introdução a uma ciência pós-moderna.** Campus: Rio de Janeiro, 1982.

_____. **Um discurso sobre as ciências.** 7ª ed. Coimbra: Edições Afrontamento. (Coleção Histórias e Idéias / 1)

_____. **Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática.** 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2000. (V.1: A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência).

SAYD, J.D. **Mediar, medicar, remediar; aspectos da terapêutica na medicina ocidental.** Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SOUZA, E.L.; CORREIA, M.A.; ELZA, O.; GOMES, G. *Anamnese: uma proposta de sistematização da primeira consulta.* **Revista de Homeopatia**, vol.60, nº4, 1995.

SCHÄFER, L.; SCHNELLE, T. *Los fundamentos de la vision sociologica de Ludwik Fleck de la teoria de la ciencia.* In: FLECK, L. **La génesis y el desarrollo de um hecho científico.** Madrid: Alianza Editorial, 1986. p.9-42. (Introdução).

SCHERER-WARREN, I. *Metodologia de Redes no Estudo das Ações Coletivas e Movimentos Sociais.* **Cadernos de Pesquisa**, nº 5, Programa da Pós-Graduação em Sociologia Política, Florianópolis, 1995.

SCHERER-WARREN, I. *Ações Coletivas na Sociedade Contemporânea e o Paradigma das Redes.* In **Sociedade e Estado: Urbano Novos Olhares Sociológicos.** Vol. XIII, nº 1- Jan-Jul, 1998.

SCHRAIBER, L.B. (org.). **Programação em saúde hoje**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1990.

SCHRÖDINGER, Erwin. **O que é vida? O aspecto físico da célula viva seguido de Mente e matéria e Fragmentos autobiográficos**. São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1997. – (UNESP/Cambridge).

SCHUTZ A. **Fenomenologia e relação sociais**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

SERANI-MERLO, A. *Biophilosophical and epistemological problems in the study of living beings: Reflections on the views of Humberto Maturana*. **Biol Res**, 34: 178-189, 2001.

SERRES, M. **Hermes: uma filosofia das ciências**. Rio de Janeiro: Graal, 1990.

_____. **Filosofia mestiça**. Nova fronteira, 1993, 190p.

_____. **O contrato natural**. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.

_____. **Le parasite**. Paris: Hachette, 1997.

_____. **Luzes: cinco entrevistas com Bruno Latour**. São Paulo: Unimarco Editora, 1999.

_____. **Hominessências: o começo de um outra humanidade?**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

_____. **Diálogo sobre a Ciência, a Cultura e o Tempo**. Lisboa: Instituto Piaget, 1996.

SILVERS, R.B.(org.) **Histórias esquecidas da ciência**. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

SMITH, R.W. **Pa-kua: eight-trigram boxing**. 7ª reimpressão. Vermont & Tokyo: Charles E. Tuttle Co., Inc. of Rutland, Tokyo, 1998.

SOARES, S.M. **Práticas terapêuticas não-alopáticas no serviço público de saúde: caminhos e descaminhos: estudo de caso etnográfico realizado na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.** São Paulo: USP/FSP, 2000 (Tese de doutorado em Saúde Pública).

SOBRAL, F.; MACIEL, M.L.; TRIGUEIRO, M. (orgs.) **A alavanca de Arquimedes: ciência e tecnologia na virada do século.** Brasília: Paralelo 15, 1997.

STENGERS, I. *A descrição da atividade científica por T.S. Kuhn.* In: CARRILLO, M.M. (org.). **História e prática das ciências.** Lisboa: A Regra do Jogo, 1979, p.78-116.

STRAUS, J.L. & CAVANAUGH, S.A. *Placebo effects: issues for clinical practice in Psychiatry and medicine.* **Psychosomatics** (37):4, p.315-326, jul-aug 1996.

TARRIDE, M.I. **Saúde pública: uma complexidade anunciada.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

TEIXEIRA, L.C. **Fleck e o contemporâneo: considerações a partir dos conceitos coletivo e estilo de pensamento.** Rio de Janeiro: IMS, UERJ, 1998, 11p. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n.183).

TESSER, C.D.; LUZ, M.T.; CAMPOS, G.W.S. *Influências da biomedicina na crise da atenção à saúde : a dicotomia entre a doença do médico e a doença do doente.* **Série Estudos em Saúde Coletiva**, n.177, 30p. Seminário de Cultura História e Política. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, 1998.

TESSER, C.D. *A clínica, a epidemiologia e os outros saberes em saúde: pensando os modelos assistenciais.* **Saúde em debate**, 45, dezembro, 1994, p.38-43. (Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES)

_____. **A crise da medicina, a homeopatia e a fenomenologia: um estudo exploratório.** São Paulo: 1998, 78p.,mimeo. (Monografia apresentada à Associação Paulista de Homeopatia como quesito para conclusão de curso de Especialização em Homeopatia para Médicos).

TESSER, C.D. **A biomedicina e a crise da atenção à saúde: um ensaio sobre a desmedicalização.** Campinas: DMPS/FCM/UNICAMP, 1999, (Dissertação de mestrado)

_____. *Representações, tradições e construtivismo: algumas reflexões exploratórias.* Campinas: DMPS/FCM/UNICAMP, 2000, 65p. mimeo. (Apresentação oral apresentada a II Jornada Internacional sobre Representações Sociais: Questões metodológicas – JIRS 2001, em Florianópolis, setembro de 2001.)

_____. *Epistemologia contemporânea e clínica: da luta pela verdade às práticas terapêuticas.* Campinas: 2002, mimeo. (Texto apresentado para qualificação ao DMPS/FCM/UNICAMP no curso de Doutorado em Saúde Coletiva).

TESSER, C.D.; LUZ, M.T. *Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea à medicina.* **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.7, n. 2, p.363-372, 2002.

TESSER, C.D.; LUZ, M.T.; CAMPOS, G.W.S. *Epistemologia contemporânea e atenção à saúde: contribuições para a formação médica, a clínica e a saúde coletiva.* Brasília: 01/08/2003. In **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, supl. 2, Livro de Resumos II, p.61, 2003. (PN 61.2) (Painel apresentado no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.)

TESSER, C.D.; TEIXEIRA, B.C. *Atenção em saúde mental “basagliana” na rede básica: relato e análise de uma experiência.* **Ciência e Saúde Coletiva**, v.8, supl 1, p838, 2003. (Poster apresentado no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva).

TESTA, M. **Pensar em saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

_____. **Saber en salud: la construcción del conocimiento.** Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

THOMPSON E.; PALACIOS A.; VARELA, F. *Ways of coloring: comparative color vision as a case study in cognitive science.* In: **Beh, Brain Scien**, 1991, 15:1-75.

TOLEDO, D.F. *Psilocybe Caerulesens Muray: variedade Mazatecorum (fungos alucinógenos)[patogenesia].* **Revista de Homeopatia**, v.54, n.1, jan.fev.mar.1989, p.3-9.

TRATADO DE MEDICINA CHINESA. (assessor médico Tian Chonghuo). São Paulo: Roca, 1993.

TRIANA, A.Z. **A semiologia biomédica e seus limites: desvendando caminhos entre o sutil e o evidente.** Campinas: DMPS/FCM/UNICAMP, 1999. (Tese de doutorado)

TRIGUEIRO, M.G.S. *O que foi feito de Kuhn? O construtivismo na sociologia da ciência. Considerações sobre a prática das novas biotecnologias.* In: SOBRAL, F. MACIEL, M.Lucia; TRIGUEIRO, M.G.S. (orgs.) **A alavanca de Arquimedes: ciência e tecnologia na virada do século.** Brasília: Paralelo 15, 1997, p.119-142.

UPSHUR, R.E.G.; VANDERKERKHOL, E.G; GOEL, V. *Meaning and measurement: an inclusive model of evidence in health care.* **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v.7, n.2, p.91-96, 2001.

VAITSMAN, J.; GIRARDI, S. (orgs.) **A ciência e seus impasses: debates e tendências em filosofia, ciências sociais e saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

VALLA, V. *Apoio social e saúde: buscando compreender a fala das classes populares.* In: COSTA, M.V. (org.) **Educação popular hoje.** São Paulo: Loyola, 1998, p.151-179.

_____. *Educação popular, saúde comunitária e apoio social num conjuntura de globalização.* **Cadernos de Saúde Pública**, n.15, p.7-14, 1999.

VARELA, F. **Conocer: las ciencias cognitivas.** Barcelona: Gedisa, 1990.

_____. **Sobre a Competência Ética.** Lisboa: Edições 70, 1996.

_____. *Prefácio à segunda edição [na língua espanhola].* MATURANA, H.; VARELA, F. **De máquinas e seres vivos - autopoiese: a organização do vivo.** Porto Alegre: Artes médicas, 1997, p.35-63.

VARELA, F. & COUTINHO, A. *Second generation immune networks.* **Immunology today**, (12):5, p159-166, 1991.

- VARELA, F; VEYENE, P; VERNANT, J-P. et al. **Indivíduo e poder.** Lisboa, Edições 70, 1988, p.105-12. (Perspectivas do Homem)
- VARELA, F.; THOMPSON, E.; ROSCH, E. **The emboied mind: cognitive science and human experience.** Cambridge: MIT Press, 1991.
- VICKERS, A. *Paradigmas de pesquisa em medicina convencional e em medicina complementar.* In: ERNST. E. (ed.) **Medicina complementar: uma avaliação objetiva.** São Paulo: Editora Manole, 2001, p.1-16.
- VITHOULKAS, G. **Homeopatia: ciência e cura.** São Paulo: Cultrix, s.d., 436p.
- WITTGENSTEIN, L. **O livro azul.** Lisboa: Edições 70, 1992.
- WHORF, B.L. **Lenguaje, pensamiento y realidad.** Barcelona: Barral editores, 1971.
- ZHUFAN, X.. **Medicina interna tradicional chinesa.** São Paulo: Roca, 1997
- YANG, L.H.. **O método correto de cultivar e manter a energia da vida.** (comentários de Eva Wong). São Paulo: Cultrix, s/d (ed. original: 1998).