

MARIA CRISTINA VON ZUBEN DE ARRUDA CAMARGO

Este exemplar corresponde à redação final
da Dissertação defendida por Maria
Cristina von Zuben de Arruda Camargo e
aprovada pela Comissão Julgadora em

26/10/88
Muntan An Zed

O IMPACTO DA CIÊNCIA E DA
TECNOLOGIA SOBRE A PRÁTICA
E O ENSINO MÉDICO

UNICAMP



Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Educação (Filosofia e História da Educação) à Comissão Julgadora da Universidade Estadual de Campinas sob orientação do Prof. Dr. Newton Aquiles von Zuben.

COMISSÃO JULGADORA

Amatunzu
[Signature]
Dorado

DEDICATÓRIA

À Teresinha e Oswaldo, meus pais, que, numa luta muitas vezes solitária, me ensinaram a viver.

Ao Luiz Antonio, meu marido, que compartilha da minha luta e da minha vida.

À Marina, Susana e Diogo Antonio, meus filhos, minha utopia de uma vida sem luta.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof.Dr. Newton Aquiles von Zuben pela orientação competente e paciente.

Ao Prof.Dr. Nelson Massini pelo apoio.

Ao Prof.Dr. Antonio Sergio Ramalho pelo incentivo inicial e definitivo.

Ao Dr. Ismael Gripp pelo diálogo da emoção.

À Mariângela, minha irmã, pela presença constante.

Aos Ronoel e Osvaldo, meus irmãos, pela fraternidade.

À Zeca, minha tia, pelo carinho.

À Conceição de Maria Assis Braide pela amizade incondicional.

Aos José Carlos Tartaglia, João Fernando Marques, Eduardo Paulo de Moraes Sarmento, Gilberto Gatti, Renato Carreri Palomba e Maria Bernadete Butcher, pela nossa "rebeldia" resgatada nesse Trabalho.

RESUMO

Esta dissertação se constitui numa análise histórica da medicina desde seus primórdios até os nossos dias, apontando para uma proposta de ensino e prática médica viável e necessária.

A retrospectiva histórica mostra as relações dos movimentos políticos, econômicos e sociais com a medicina enquanto atividade que pode ser usada como instrumento de controle social. Essa abordagem permite, ainda, a reflexão ética, posto que, suas conexões foram rompidas ao nível da história.

A educação e a prática médica são vistas à luz das posturas progressistas que vêm sendo assumidas pelos médicos enquanto categoria profissional.

ÍNDICE

- APRESENTAÇÃO	1
- INTRODUÇÃO	6

CAPÍTULO I

DO MEDO À CIÊNCIA

1. O Primitivismo no Pensamento Humano e na Medicina ...	23
2. A Medicina Mística e Sacerdotal	26
2.1 - A Mesopotâmia - o pensamento místico	26
2.2 - O Egito - a soberania do sacerdócio	29
2.3 - A Pérsia e a Índia - a sistematização do pensamento	32
2.4 - Israel - a medicina teúrgica	36
3. A Medicina Mítica e Científica	43
3.1 - A Grécia - a medicina mítica	43

3.2 - O Corpo Hipocrático e a Ética -	
- as escolas médicas	51
3.3 - Aristóteles e a Medicina Pós-Hipocrática	59
3.4 - Roma - a medicina mitológica e profissional ...	64
3.5 - A Medicina Cristã Dogmática	71
4. A Medicina Monástica e Leiga	77
4.1 - A Medicina Medieval	77
4.2 - A Escola de Salerno	83
4.3 - As Universidades e o Humanismo	86
4.4 - A Prática da Medicina Leiga	92
5. A Medicina Científica Renascentista	97
5.1 - As Ciências Biomédicas no Renascimento	97
5.2 - A Prática Médica Renascentista	102
5.3 - O Ensino Médico nas Universidades	104

CAPÍTULO II

DO DIÁLOGO AO DISCURSO MÉDICO

1 . A Revolução Industrial - O Cientificismo e o	
Tecnicismo na Medicina	106
1.1 - A Política Médica	109
1.2 - A Medicina Urbana	111
1.3 - O Sanitarismo Inglês	113
2. A Medicina Científica	119
2.1 - Os Antecedentes à Medicina Científica Atual ...	119
2.2 - A Institucionalização da Medicina Científica ..	123
2.3 - Os Elementos Ideológicos da	
Medicina Científica	128
2.3.1 - O Mecanicismo e o Biologismo	128
2.3.2 - O Individualismo e a Especialização ...	132

2.3.3 - A Ênfase na Medicina Curativa e a	
Exclusão de Práticas Alternativas	135
2.3.4 - A Tecnificação do Ato Médico e a	
Concentração de Recursos	138
3. A Tecnologia Médica	140
3.1 - O Conteúdo Mágico e Mítico	141
3.2 - O Processo de Difusão Tecnológica	145
3.3 - O Caráter Acumulativo e Dependente da	
Tecnologia Médica	148
3.4 - Tecnologia e Custo da Atenção Médica	151
3.5 - A Produção de Conhecimentos	154

CAPÍTULO III

DA REALIDADE À UTOPIA

1. A Educação Médica	158
1.1 - A Questão dos Projetos Pedagógicos	162

1.1.1 - Projeto de Modernização do Ensino	164
1.1.2 - Projeto de Integração Docente-	
-Assistencial	165
1.1.3 - Projeto de Integração Docente-	
-Assistencial-Investigacional	169
1.2 - A Questão do Marco Conceitual	171
1.2.1 - O Marco Conceitual da Educação Médica	
Convencional	173
1.2.2 - O Marco Conceitual da Educação Médica	
Aternativa	176
2. Uma Nova Prática Médica - Um Novo Ensino Médico	182
2.1 - Por uma Medicina Comunitária	182
2.2 - Os Elementos Estruturais da Medicina	
Comunitária	192
2.2.1 - Coletivismo Restrito	192
2.2.2 - Integração de Atividades Promocionais,	
Preventivas e Curativas	194

2.2.3 - Desconcentração de Recursos	196
2.2.4 - Utilização de Tecnologia Apropriada ...	198
2.2.5 - Inclusão de Práticas Médicas	
Alternativas	199
2.2.6 - Utilização da Equipe de Saúde	200
2.2.7 - Participação Comunitária	202
2.3 - A Grande Utopia: O Médico como Educador	203
- CONCLUSÃO	208
- BIBLIOGRAFIA	210

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação tem como tema de fundo a concepção de Homem e a sua evolução através do percurso histórico realizado pela humanidade. A humanidade será vista pelo ângulo da sua própria preservação, da sua busca de imortalidade, da sua luta sem quartel contra a dor e a morte. Para tanto, este trabalho trata da evolução do conhecimento, da prática e do ensino médico, concomitante à evolução do pensamento filosófico, especialmente do pensamento ético.

Cortes efetuados em momentos históricos significativos, tentam demonstrar como o pensamento médico e o pensamento universal não se tangenciam, mas vão além, se inter-relacionam e muitas vezes se confundem numa concepção de Homem.

A medicina será aqui colocada com as vinculações política, ideológica e econômica observadas em todo o seu percurso histórico. Sua articulação com os grupos hegemônicos, com a estrutura social é percebida durante todo o trajeto e sentida mais nitidamente quando se trata da Medicina de Estado, do sistema capitalista.

O Capítulo I reportar-se-á aos primórdios da humanidade, retrocesso necessário para que se faça a recuperação dos objetivos primeiros da prática médica, do seu aparecimento comprometido com o sofrimento humano e, posteriormente, do seu envolvimento com os grupos hegemônicos desde as civilizações mais primitivas. A importância desse Capítulo se resume em expor o relacionamento da medicina com o desenvolvimento das idéias filosóficas, sociais e políticas e a conseqüente permanência até nossos dias, de práticas médicas estabelecidas a partir de conceitos morais, sociais, religiosos ou outros, que ainda se mantêm vivos em nossa cultura.

A abordagem histórica, presente no Capítulo I, resulta da pesquisa bibliográfica realizada, basicamente, nos trabalhos de CASTIGLIONI (1947); GUISANDE (1945); MORGAN (1947); BRAK (1962); FOUCAULT (1980) e CARVALHO (s/data).

A mudança provocada pela ciência e pela tecnologia contemporâneas, não tem precedentes na história da humanidade, gerando um fenômeno social de grande amplitude. Pretende este Trabalho, em seu Capítulo II, abordar a interação, o impacto que a ciência e a tecnologia geram no sistema de representações e, principalmente, no sistema de valores da sociedade.

Os valores representam importante papel regulador do sistema cultural, pois é a partir deles que se constroem e se justificam as normas que hierarquizam os modos de conhecimento e,

em que se inspiram os sistemas de transmissão do mesmo. Esse Capítulo pretende demonstrar a visão de Homem contida na ciência positivista, vivenciada pelo processo de industrialização e responsável pelo afastamento e indiferença das diversas disciplinas científicas, inclusive a medicina, diante de questões decisivas da humanidade. Questões como a doença e a morte ganham em racionalidade, em medicalização e perdem em dignidade.

Ainda o Capítulo II trará em seu bojo a invasão tecnológica ocorrida no campo médico, exigindo o uso de aparelhagem sofisticadíssima, de alto custo real e operacional, acessível apenas ao Estado e aos grandes grupos econômicos. Esses fatos apontam para a dependência que a classe médica sofre desses grupos como forma de emprego ou na utilização de seus serviços e aparelhos para diagnósticos ou tratamentos. As falsas esperanças de cura e de precisão diagnóstica existentes na sociedade, suscitadas por essa parafernália tecnológica, nada mais são que a mesma esperança gerada pela noção de progresso, de desenvolvimento, contida na instalação de grandes empresas multinacionais, de grandes construções em concreto, de usinas atômicas e outros que tais. O pacto firmado entre a medicina e as estruturas sociais é claramente observado nesse Capítulo.

O Capítulo III se voltará exclusivamente para a educação médica e as reformas nela verificadas, de maneira a formar profissionais aptos ao exercício da medicina oficial. O marco conceitual da educação médica pós-revolução industrial poderia

ser descrito como o mesmo de todas as escolas dessa época, qual seja, a transmissão do saber avalizado pelo poder, a reprodução de valores de produção, a elaboração de ciência e técnica que não podem mais prescindir de estetoscópio, microscópio, kits de exames laboratoriais, tomografias computadorizadas. Todo esse arsenal técnico exige especialistas em sua manutenção, em sua operação e a existência de insumos básicos, o que não se encontra disponível nos países do terceiro mundo. É sobre essa fatia da humanidade, especialmente a do Brasil que se concentram as reflexões ali contidas.

Nesse último Capítulo não se verificará a defesa do obscurantismo, do retorno à Idade da Pedra, mas uma proposta de redução das contradições do nosso sistema de saúde, que, assim como o sistema social, político e econômico, se encontra desgastado por posturas "autônomas", desvinculadas de um sistema ético e com a pretensão de se converter em valor em si mesmo.

A proposta aí contida exige um posicionamento ético, para que as intervenções ocorram com pertinência, de forma que o impacto da ciência e da tecnologia sobre a ética se traduza num fato positivo, numa oportunidade de reflexão sobre novas questões e na busca de soluções que sejam forças de autonomia para o Homem.

A proposta maior desse Trabalho é a formação de um novo profissional de saúde, comprometido com o seu povo e não com as

elites dominantes, apto para o estabelecimento de procedimentos e normas a partir de reflexões éticas que criticamente determinarão a pertinência da norma e a adequação da conduta às necessidades e às condições humanas.

INTRODUÇÃO

Segundo Jean Clayreul (1983), pode-se reconhecer as mesmas ênfases, a mesma ética, o mesmo "olhar", os mesmos desconhecimentos, desde as origens da medicina até nossos dias. Essa arte científica, teve sua origem no momento em que, nos primórdios da sua existência na Terra, o homem, premido pela dor e pelas incertezas sobre os fenômenos do mundo, lançou gritos de angústia e lamentação. Com eles tentava o homem expressar sua relatividade e finitude, denunciando a necessidade de ter alguém para atendê-lo e entendê-lo.

Provavelmente aí surgiu o primeiro "médico". Era, então, o feiticeiro, o bruxo, cuja atuação se guiava pela intuição e pelo sentimento, mais do que pela razão. Tentava restaurar a saúde do seu paciente de acordo com preceitos mágicos, utilizando-se de ervas, que são até hoje utilizadas entre os habitantes de regiões subdesenvolvidas. Mais tarde aparece a figura do sacerdote acumulando funções terapêuticas e cirúrgicas diante dos doentes da sua comunidade.

Desse universo sacerdotal, a medicina aflora com posturas

científicas e técnicas, abandonando as bandeiras religiosas e empunhando as do positivismo.

O ensino médico, em todas as etapas pelas quais passou a medicina, sempre refletiu e reproduziu o pensamento dominante, com absoluta fidelidade.

Hipócrates dizia que os médicos são "homens sagrados", e ainda hoje, grande parte dos pensadores contemporâneos consideram, de bom grado, a medicina como sacerdócio. No entanto, e talvez até por isso mesmo, a medicina nunca esteve inocente de opções políticas que diziam e dizem respeito não apenas ao futuro de uma nação, mas de toda a humanidade.

Marx em *A Ideologia Alemã* (1962), diz que não há história do direito, da política, da ciência, da arte, da religião; não há senão a história das relações econômicas.

Em uma carta a Ruge, Marx escreve que religião e ciência se referem à existência teórica do homem, mascarando a realidade da sua existência material. Uma crítica social à medicina é, possível e necessária, para que se verifique sua posição real numa estrutura social do tipo capitalista e as interrelações estabelecidas entre ela e o sistema social. Essa crítica não se apresenta como algo reivindicatório ou reclamando o direito de saúde para todos, posto que, a sociedade capitalista sempre esteve pronta a conceder esse direito, desde que se deu conta do grande interesse que havia na manutenção do bom estado de saúde

da força de trabalho, da mesma forma com que se preocupa com a manutenção de uma máquina. A comunidade científica das sociedades burguesas também compreendeu rapidamente que os pobres se constituíam num campo ideal de experimentação para formar seus médicos.

A medicina, desde seus tempos mais remotos, sempre exerceu seu poder sobre a sociedade e, especialmente, sobre o doente, e nenhum regime político ou condição econômica nova irá modificar a permanência da submissão do doente ao poder médico. A medicina incita cada um a demitir-se de antemão dos seus direitos diante do seu suposto poder. Ela vem fornecendo para os homens dos tempos modernos uma nova mitologia composta pelo mito da eficiência tecnológica, da neutralidade científica, da democratização da prática médica. Em verdade, das proezas realizadas nas lutas contra a morte, o que resta de concreto é a promessa de sobrevivência, inscrita na matrícula da Previdência Social.

As escolas médicas, guardiãs da tecnologia avançada, da ciência "neutra", estendem até seus hospitais-escolas suas intenções democratizadoras do ato médico. O que ocorre em seus bancos escolares, em suas enfermarias, no dia-a-dia dos estudantes de medicina, tentaremos mostrar de forma alegórica no texto subsequente:

Era uma vez um lugar não muito distante, todo colorido por árvores, flores, telhados, luzes e saias, movido pelo trabalho, o amor, o rancor, a angústia, a ciência, o ódio, o gesto, enfim, pelo homem.

Nesse lugar havia um homem muito poderoso, um deus, chamado Esculápio.

Ele tinha três filhas lindas, três deusas que foram destinadas pelo pai a cuidar das pessoas.

A primeira chamava-se Higéia e deveria evitar que homens, mulheres e crianças adoecessem. Para cumprir o que seu pai lhe mandara fazer, ela ensinava as pessoas a comer frutas, verduras, carne, ovos e leite, e ensinava a vantagem de se banhar diariamente, escovar os dentes, evitar o sal e as drogas. Cuidava para que os rios não fossem poluídos, para que o ar continuasse respirável. Preocupava-se em mostrar às pessoas que o seu corpo e os seus sentimentos não estavam separados, eram um só, e que cada um deles merecia um único e igual cuidado e que, o amor os faria sadios.

A segunda era Iaso. Caberia a ela curar aqueles que, apesar dos esforços de sua irmã Higéia, viessem a adoecer. Ela deveria diminuir os sofrimentos, as dores. Para tanto, era mága, conhecia poções que aliviavam as dores, fechavam

feridas e faziam adormecer. Conhecia também aparelhos e técnicas que expunham órgãos doentes para que fossem extirpados e outros aparelhos que mostravam as pessoas pelo lado de dentro, para que ela pudesse saber o que causava mal-estar ou dor e assim as curasse.

A terceira era Panacéia e recebeu por obrigação ajudar pessoas que, após terem se recuperado de doenças, ficassem incapazes para alguma coisa que fizessem ou que precisassem fazer, como trabalhar, falar, andar, enxergar, ouvir, e principalmente, viver junto com outras pessoas, procurando com elas amor, carinho, trabalho e idéias. Na realização do seu trabalho, contava com uma tecnologia de alto nível: colocava mãos artificiais nas pessoas que as tivessem perdido. Colocava pálatos artificiais e ensinava as crianças a falar com este artifício ou a falar, ainda que surdas, permitindo que elas entrassem no mundo da palavra falada, do carinho, da afeição, da poesia. Treinava os cegos para que, munidos de suas bengalas, fossem libertados e pudessem caminhar pelas ruas e pela vida e assim buscar seus próprios caminhos.

Uma vez que as três eram deusas, jovens e belas, vários rapazes se apaixonavam por elas. Tinham eles o sonho de que, se casando com elas conseguiriam poder, riqueza, um trabalho honroso, respeito e o amor das

pessoas do lugar onde viviam, já que poderiam ajudá-las em seus sofrimentos, evitando-os ou minimizando-os.

Isso foi o que aconteceu com Ernesto, o herói da nossa estória. Desde muito pequeno, se preocupava com as coisas que aconteciam com os animais e com as pessoas. Seus pais trabalhavam muito, preocupados com o futuro de Ernesto e o incentivavam a, quando crescesse, ser um dos maridos das filhas de Esculápio. Digo um dos maridos porque elas podiam ter vários maridos, tantos quantos merecessem com elas se casar.

Para merecer se casar com elas era necessário que o jovem se submetesse a uma série de batalhas e as fosse vencendo uma a uma. Mas ao final... ah! ao final poderia se casar com elas e ser feliz para sempre.

E assim foi crescendo o nosso Ernesto, atento, se preparando para o início das batalhas. De verdade, as batalhas já haviam começado, mas ele não percebia, não se dava conta de que se exigia dele mais do que das outras pessoas. Principalmente para a sua família ele era alguém especial, afinal, seria um dos esposos.

Ernesto estudava, estudava, estudava. Até que chegou o dia. Já estava com dezoito anos e teria que enfrentar sua primeira batalha oficial. Seus pais o inscreveram numa olimpíada. Ernesto pegou seu caderno, sua caneta, enfim,

suas armas e, assustado com o número de pessoas que lotavam grandes salas, foi para a luta. No microfone o animador, contagiante, gritava: "aga ce éle e ene a ó agá é igual a agá dois ó, mais ene a ce éle"; no quadro negro, alguma coisa escrita como: $\text{HCl} + \text{NaOH} = \text{H}_2\text{O} + \text{NaCl}$. Ernesto tinha que aprender. Dentre as pessoas que estavam naquela e em outras salas, muitas disputariam, como ele, a mão daquelas deusas.

Ao chegar em casa Ernesto se alimentava, estudava, dormia, estudava, comia, estudava, dormia.... Dormia e comia para poder estudar mais, manter o corpo forte para estudar cada vez mais.

Mas nos fins de semana ... nos fins de semana Ernesto brincava. Aos sábados e domingos brincava de "Faz de Conta". Ele e outros pretendentes brincavam de fazer de conta que era o dia das provas finais da olimpíada. E todos sofriam muito, porque acabavam por acreditar que aquilo tudo era verdade, que já estavam sendo escolhidos.

Finalmente a grande prova! Ernesto se esforça ao máximo. De mãos frias, coração batendo apressado, ele vai em frente. Vence a primeira, a segunda, a terceira prova. Vence! Consegue sua aprovação para iniciar um namoro com as filhas de Esculápio.

O período de namoro não seria tão curto nem muito fácil. Duraria seis anos e oscilaria entre momentos de

grande paixão e de decepções não menos importantes. No dia e na hora marcados, Ernesto vai para a casa de Esculápio, onde residem Higéia, Iaso e Panacéia ... elas não estavam.

Ernesto foi então encaminhado a uma sala onde lhe apresentaram um aparelho fantástico, capaz de aumentar sua visão milhares de vezes, o que o faria enxergar coisas colocadas sobre um pedaço de vidro (chamado lâmina) que ele, ou qualquer outro ser humano, jamais poderia ver sem o auxílio daquele aparelho. Depois de estar algumas horas recebendo instruções sobre o tal aparelho e sobre o que eram aquelas coisas que ele magicamente poderia enxergar e que se encontravam em um pedaço de vidro sobre o qual poderia jurar que nada havia, Ernesto foi levado para outra sala.

Um cheiro forte, ruim, que ele não conhecia, tomava conta do ar que respirava. Em tanques que mais pareciam banheiras de imersão, havia corpos, pedaços de corpos de pessoas. Algumas mesas vazias se distribuíam pela sala. Ernesto teve uma sensação de vertigem, mal-estar, náuseas. Não entendia o que estava acontecendo. Fora aprovado para um namoro e se via sem namorada. Suas namoradas cuidavam da vida, das pessoas e ele só via máquinas e corpos sem vida. Onde estariam elas? Quando as veria? Como namorar estando só?

Os dias e meses foram passando. Ernesto já não se sentia nauseado ao entrar naquela sala. Dominava aparelhos e se habituara com sua super-visão. Haviãl lhe informado que todas aquelas atividades eram necessárias para que ele chegasse até o casamento. E ele aguardava já sem tanta ansiedade.

Durante esse tempo conhecera alguns esposos de Higéia, de Iaso e outros de Panacéia, todos muito empenhados em preparar Ernesto para o casamento, fazendo as melhores referências de suas esposas.

Eram, sem dúvida, maridos dedicados, mas vez ou outra, Ernesto percebia em suas falas algo de descontentamento quanto ao casamento. Mas nosso Ernesto acreditava que isso era natural, "eram desentendimentos comuns entre os casais".

Mais dois anos ele ficou aguardando seu encontro com suas deusas e enquanto esperava, estudava coisas muito interessantes como bioquímica, bioestatística, fisiologia, farmacologia e outras. O mais interessante é que tudo era visto em laboratórios, com aparelhos de alta precisão e acima de tudo, tratava-se de ciências exatas, onde as verdades eram absolutas, provadas e inquestionáveis.

Tudo tinha a ver com as pessoas que tanto atraíãl Ernesto. Mas onde elas estavam? Ele nem imaginava.

Certamente estaria com elas quando se encontrasse com Higéia, Iaso e Panacéia. Este, afinal, era o seu desejo.

Os seus pais? Esses, Ernesto via raramente, há muito já não conversavam. Era muito pouco o tempo que ele permanecia fora da casa de Esculápio e na medida que o tempo passava e ele ia se adiantando para alcançar o casamento, menos tempo dispunha para estar com seus pais e com seus amigos de infância e de adolescência. Tinha que estudar muito, tinha muito a observar, muito a escrever e, principalmente, muito a sonhar. Havia três belas jovens que em breve desposaria. Seria respeitado por todos, poderia sanar as dores das pessoas, poderia ajudá-las em suas angústias, em seus medos. Algo mágico aconteceria entre ele e seu povo: falariam em linguagem silenciosa de amor e de confiança que geraria saúde e bem-estar. O preço desse desejo era a ausência de outros, como da convivência com pessoas que ele amava. Mas Ernesto achava que toda essa situação era transitória, acabaria por ocasião do casamento. Aí sim, teria todo tempo disponível para realizar outros desejos.

Começava o terceiro ano de espera e Ernesto, finalmente tinha um encontro marcado com Iaso. Levantou-se cedo. Estava feliz e ao mesmo tempo preocupado em não decepcioná-la. A hora marcada ele entrou numa sala muito grande onde várias camas estavam uma ao lado da outra.

Nela, pessoas pálidas e com ar de fragilidade, estavam deitadas. Assim que ele entrou elas voltaram o rosto para olhá-lo ... Seus olhos, colocados em rostos tão magros, pareciam grandes e úmidos. Estranhamente não lhe pareceu haver esperança naqueles olhares. Bem, não havia tempo para essas coisas. Tinha aprendido tudo muito bem. Iaso esperava que ele se dirigisse rapidamente ao leito onde estava a pessoa que ficaria sob seus cuidados. Aliás, haviam lhe dito que era o responsável por aquele leito, mas, claro, havia um engano, ele só poderia ser responsável pelo ato médico em relação à pessoa que estava sobre aquele leito. Afinal, o que ele e seu desejo tinham a ver com o leito, com a cama? Nada, literalmente nada. Seu compromisso era com as pessoas. Assim, dirigiu-se para a pessoa que, adoecida, ocupava o leito a ele destinado. Deveria medir-lhe a pressão arterial, contar-lhe os batimentos cardíacos, medir-lhe a temperatura, perguntar-lhe algo sobre sua vida, com especial atenção para a história da doença atual. Mas olhar ... bem, sobre isso nada lhe foi dito. Por mais que tentasse se lembrar, nada, só lhe vinham à mente as tais ciências exatas que em nada pareciam combinar com olhar. Bem, talvez seja assunto para a oftalmologia.

Desde esse dia, Ernesto de fato iniciou o seu tão esperado namoro. É verdade que via Iaso mais do que às suas irmãs, mas estava apaixonado por todas elas. Ora se

encantava com os feitos de uma delas, ora com os de outra. Muitas vezes as três se uniam e aí o encanto era ainda maior.

Nosso Ernesto, já homem, adulto, percebia que os acertos de suas noivas, agindo com ele, não eram exatamente tantos quantos ele sonhara. Mas logo lhe chegavam notícias de que com outros noivos ou com algum marido, em qualquer lugar da Terra, algo maravilhoso tinha sido realizado por elas.

Era assim que seu desejo era reavivado e ele retomava o sonho de que algum dia seria ele a realizar tais façanhas com elas.

Ernesto passava dias inteiros e até noites na casa de Esculápio. Ouvia muito os outros rapazes que, como ele, eram pretendentes ao casamento. Durante suas conversas ele se surpreendeu ouvindo afirmativas como: "evito perguntar muito sobre a vida das pessoas porque nada posso fazer para ajudá-las" ou "é melhor não perder tempo explicando muito para o doente o que ele tem, afinal, ele não entende nada mesmo e, quando chegar em casa já não vai mais se lembrar do que lhe foi dito".

Ernesto ouvia. Ele também muitas vezes havia pensado as mesmas coisas. Só não as dizia porque tinha "uma

sensação de que algo errado estava acontecendo", embora não soubesse o quê.

Voltava-se para os companheiros que também aceitaram e venceram tantos desafios e se dava conta de que todos eram brancos, ou melhor, alguns eram amarelos, mas negro ... nenhum. Em verdade, ambicionar a casa de Esculápio era um privilégio de brancos e apenas daqueles que desfrutassem de recursos para se dedicarem somente àquele namoro árduo e extremamente caro.

Finalmente o casamento. Ernesto vencera todas as batalhas e poderia se casar.

O dia chegou! Sua mãe de vestido novo, o pai enfiado num terno que o incomodava muito, homem do trabalho, não estava habituado a essas coisas. Uma sala enorme, lotada pelos familiares de todos os que conseguiram chegar ao final. Muita cor, perfume, música, poesia, emoção, troca de abraços, coisas que Ernesto tivera que abandonar para chegar até ali.

O que aconteceria? Bem, Ernesto receberia um papel, um documento que lhe permitiria desposar as três deusas. E ele, realmente estava preparado para isso? Achava que não, mas também imaginava que aquele papel fosse mágico e que

ao tocá-lo ganharia competência e sabedoria naquilo em que se julgava fraco.

Sua família se orgulhava dele, seus pais se sentiam gratificados pelos esforços que empreenderam, pela saudade que sentiram com a ausência constante do filho. Ter um membro com acesso à casa de Esculápio era o sonho de quase toda família. E até aqueles que não haviam sonhado com isso, se alegravam muito quando o fato ocorria em seu meio.

Nesse dia Ernesto jurou por Apolo, avô de suas esposas, pai de Esculápio e por todos os deuses e deusas, uma porção de coisas nas quais em verdade, ele nem prestou muita atenção tão grande era a sua emoção.

Seu pai, durante todos esses anos de iniciação, fora guardando dinheiro para ajudar seu filho a montar a casa onde ele residiria com suas esposas. E assim foi feito.

Ernesto e suas três esposas-deusas foram para uma casa muito confortável, bem aparelhada que lhes permitiria ajudar a muita gente. Lá ficaram aguardando que as pessoas os procurassem buscando ajuda. Nada. Ninguém. Dia após dia Ernesto ia para essa casa logo cedo e lá via o Sol se pôr sem que tivesse tido a chance de ajudar a quem quer que fosse.

Sua mãe o aconselhou a fazer alguns convênios, atender funcionários de empresas ou de cooperativas. Claro que o pagamento seria menor, mas, lhe daria a oportunidade de mostrar seus conhecimentos, e, principalmente, acalmaria sua ânsia de contato com as pessoas e de poder ajudá-las. Ernesto concordou com a mãe e, rapidamente passou a ver sua casa com algumas pessoas buscando atenção e cuidados.

Mas, as pessoas que procuravam por Ernesto se mostravam muito doentes, com várias doenças concomitantes. Apresentavam-se subnutridas, tristes, ignorando qualquer forma de cuidados consigo mesmas que pudessem ser eficientes.

Ernesto chegou a pensar: o que teria havido com Higéia? Ele não a via há algum tempo e lhe parecia que ninguém a via e há muito tempo. E seus maridos? Onde estariam eles? Ah! sim, viraram secretários e ministros. Então é isso. Claro, é compreensível. Não é possível cuidar de uma esposa exigente como Higéia e, ao mesmo tempo fazer política.

E com ele, Ernesto, o que estaria havendo? De repente sentia que indicava às pessoas que o procuravam, poções que elas não teriam dinheiro para comprar, fazia indicações que elas não poderiam cumprir e assim agia como se não soubesse que não seria atendido. As pessoas por sua

vez agiam como se fossem cumprir tudo, tomar todas as poções por ele indicadas. Ambos representavam a grande cena da cura e eram brilhantes em seus desempenhos. Diziam, cada um por sua vez, o monólogo da inutilidade.

Mas Ernesto nunca quis ser ator. Queria e desejava muito ser um dos escolhidos de Higéia, Iaso e Panacéia. Queria ajudar as pessoas em seus problemas de saúde. Queria ensinar a seu povo a magia de viver bem.

Não poderia mais continuar. Sentia-se traído. Suas esposas, assim como se colocavam frente à vida, à saúde e à doença, eram ineficazes, frígidas e estéreis diante de outros deuses e deusas. Talvez fosse a grande beleza que elas exibiam e pela missão incontestável que receberam, que despertava nesses deuses e deusas a inveja e a necessidade de vingança. Deméter, a deusa da fartura, inimiga da fome; Artemis, protetora das mulheres e de seus partos; Hera a protetora das crianças; Afrodite, deusa do amor, se rebelavam contra elas negando-lhes o que era fundamental para que seus atos produzissem efeito, para que não se cumprisse a inutilidade do gesto.

O divórcio era inevitável. Ernesto se apaixonara por Atena, a deusa guerreira e sábia, revolucionária, que lhe prometera tudo melhorar.

Ernesto a desposou em segundas núpcias, agora sem a presença da sua família. Apenas ele, ela e algumas pessoas, a quem ela já havia desposado e de quem Ernesto não sabia o nome. Conhecia apenas seus nomes-códigos ou codinomes, adotados por ocasião do casamento.

Com ela, ele viveu até o fim ... o fim de seus dias, espalhando, por onde passava, a mesma paixão e o mesmo desejo da sua adolescência: de que os homens fossem sadios, de que comunidades inteiras fossem híginas, de que o soberbo comércio da saúde fosse banido.

E, assim, Ernesto foi morto num lugarejo. Peito nú e o rosto coberto por uma solene barba negra. Ao seu lado apenas uma boina rubra com uma estrela branca. E nós sabemos que, estando morrendo e consciente disso, Ernesto se lembra de suas esposas, do quanto poderia ter sido feito com elas, do quanto lutou, em verdade, em nome delas. E se dá conta do grande desejo que elas ainda despertam nele... Enquanto vivo, desejando!

CAPÍTULO I

DO MEDO À CIÊNCIA

1. O Primitivismo no Pensamento Humano e na Medicina

A enfermidade, a doença, são tão antigas quanto o homem. É o que afirmam lesões encontradas por paleontólogos em restos ósseos de seres humanos que viveram nos primórdios da humanidade. Diante da dor, do sofrimento orgânico causado pelo frio, pelo vento, por plantas venenosas, por animais selvagens, o homem lutou para evitá-los ou remediá-los com seus próprios meios. Desse modo começou a Medicina, com a inquietude instintiva de aliviar o sofrimento humano.

O homem primitivo apenas sabia que a maioria das suas doenças era causada por algo que penetrava em seu corpo (uma flecha, uma lança, um espinho ou uma picada) de onde concluiu que

descobrendo a causa e eliminando-a, poderia curar-se. Subordinada à idéia de uma relação causal, surgiu a Medicina instintiva, o mais antigo conceito da etiologia das enfermidades, segundo a qual, em cada enfermidade se pode descobrir a causa externa e imediata que a produz. Generalizou, então, que as outras doenças, das quais ignorava a etiologia, também procediam de fora, ainda que não conseguisse descobrir o mecanismo de penetração. Assim como o ferimento causado por um raio ou uma flecha, um tumor ou uma dor deveriam ser provocados por causas externas, invisíveis e misteriosas, mas capazes de ocasionar a doença e a morte. Buscando a causa das enfermidades no Sol, nas estrelas, na água do mar, descobriu efeitos terapêuticos nos agentes naturais como a luz do Sol, o frio, o calor e a água.

Dessa medicina empírica nasceu a concepção mágica da doença, posto que ela era supostamente provocada por forças sobrenaturais. Fazia-se, portanto, necessário lutar contra essas forças maléficas, contra os demônios que povoavam o meio no qual vivia o homem pré-histórico (todo objeto, todo fenômeno era provocado por almas errantes, por espíritos noturnos e sombrios). Era preciso retirar o enfermo dessas influências. Inicia-se, então, o uso de máscaras, de ritos, e o homem-médico se converteu num expulsador de demônios, num médico-mago exercitando a Medicina mágica. Observando as estrelas ou as víceras de animais, predizia o futuro, e utilizando-se de máscaras, cabeças ou peles de animais, era capaz de atemorizar os demônios. Suas práticas eram acompanhadas, quase sempre, de danças e ruídos intensos,

além de exorcismos. Foi observando os animais que o médico-mago adquiriu algumas noções terapêuticas. Viu como lambiam suas feridas, tiravam os parasitas com as garras e imitou seus procedimentos para realizar tais práticas em seus semelhantes.

Com o passar do tempo e a fim de garantir o segredo do exercício da sua profissão, o médico-mago se separou do resto da população e constituiu uma casta à parte, o que lhe permitia cercar suas práticas de mistérios. Vestiu-se ricamente de forma a parecer um homem superior. Assim surgiu a Medicina sacerdotal com a garantia da transmissão dos conhecimentos empíricos e das experiências no uso de banhos, dietas e vegetais como meios terapêuticos.

2. A Medicina Mística e Sacerdotal

2.1 - A Mesopotâmia - o pensamento místico

A medicina mesopotâmica é a mais antiga de todas de que temos conhecimento preciso. Começou a aparecer quatro mil anos a.C. Era dominada por um conceito essencialmente mágico e uma prática predominantemente sacerdotal.

A Mesopotâmia, situada entre os rios Tigre e Eufrates, foi berço de civilizações importantes como os Sumérios, cujo legado histórico se constitui na organização social e política até hoje existentes (estabelecimento de cidades e de estados); na produção organizada de alimentos; na criação de instituições, de obrigações e de direitos; no aparecimento de formas superiores e monumentais da arte; no começo do espírito científico; enfim e sobretudo, na invenção prodigiosa e no emprego de uma escrita sistematizada que permite fixar e propagar o saber e cuja importância não se pode medir.

A religião exerceu uma influência muito forte nas civilizações mesopotâmicas. Adoravam deuses que se relacionavam com os astros e os sacerdotes; através de práticas mágicas, procuravam adivinhar o futuro estudando os astros, o que deu

origem à Astrologia. As ciências estavam subordinadas à religião. Por essa razão, era pequena a fronteira que separava a medicina da magia e a matemática da cabala (ciência oculta que estabelece comunicação com os espíritos).

A medicina mesopotâmica se caracterizava pelo conceito mágico da etiologia das enfermidades. Foram os Sumérios que estabeleceram as relações entre os fenômenos naturais, os astros, as estações climáticas e a origem e manifestações das doenças. Assim nasceu a concepção astrológica da medicina.

Em torno do ano 2.000 a.C. floresceram na Mesopotâmia as civilizações babilônica e assíria, que representavam o centro da civilização mediterrânea, onde a medicina era exercida por uma casta sacerdotal de profissionais. Nesse período se estabelece o Código de Hammurabi - 1900 a.C. - com disposições sobre o exercício da medicina e a responsabilidade penal e civil do médico, o que demonstra que a profissão médica a partir desse período passa a ser regida por leis. Posteriormente se formou uma casta de cirurgiões e médicos clínicos mas que deveriam, assim mesmo, reger suas atividades segundo as disposições codificadas.

O Código redigido por Hammurabi, rei da Babilônia, nada mais é que um Código de ética que inspirou numerosos códigos legais. No que tange à medicina, Hammurabi se baseou, principalmente, na lei de Talião. Nesse Código o médico é considerado estritamente como um profissional, e é estabelecido

pela primeira vez o conceito da responsabilidade penal e civil do médico.

Esse Código mostra com clareza como as sociedades estratificadas estabeleciam, e ainda estabelecem, diferentes níveis de responsabilidade médica, correspondendo à camada social de onde provém o doente. Assim o Código de Hammurabi definia que "se um doutor tratar um cavalheiro e abrir um abscesso com uma faca de bronze, preservando o olho do paciente, receberá dez sheckels de prata; se o paciente for um escravo, seu dono pagará dois sheckels de prata". Determinava, ainda, que "se um médico abrir um abscesso com uma faca de bronze e matar o paciente ou suprimir sua visão de um dos olhos, suas mãos serão amputadas; se o paciente for um escravo deverá ser substituído por um novo escravo; se somente a visão do escravo se perder e não a sua vida, o médico deverá pagar a metade do valor do escravo".

No decorrer do seu desenvolvimento, a medicina mesopotâmica não só realizou cirurgias como enriqueceu a terapêutica medicamentosa, valorizou os fenômenos naturais, expôs os primeiros conceitos de medicina social e codificou o seu exercício. Segundo Heródoto, se concedia tanta importância à medicina e o interesse chegou a ser tal, que os doentes eram exibidos nas ruas com o objetivo de que as pessoas que sofressem da mesma enfermidade, ou conhecessem alguém que tivesse sofrido do mesmo mal, pudessem ministrar conselhos aos enfermos.

2.2 - O Egito - a soberania do sacerdócio

Uma das mais importantes civilizações da história da humanidade estabeleceu-se no Egito Antigo. Localizado no noroeste da África, o Egito Antigo seria mais um dos desertos africanos não fossem as inundações do Rio Nilo que fertilizavam, com húmus uma ampla faixa de terra, permitindo assim a semeadura e a colheita.

O Egito, antes dividido em dois reinos, foi unificado por volta de 3200 a.C. pelo soberano Menés. Era governado pelos faraós que apareciam como seres semidivinos, considerados filhos do deus Rá, e que não governavam apenas segundo a sua vontade, mas obedeciam as leis baseadas nos costumes do seu povo. Foi chamado o "país dos mortos" devido à postura religiosa que adotava. A morte e a vida além-túmulo eram preocupação contínua na religião e no cotidiano dos antigos egípcios. Uma das crenças fundamentais do país era de que o corpo dos mortos devia, tanto quanto possível, ser preservado. Para isso desenvolveram largamente as técnicas de mumificação, e os conhecimentos médicos avançaram especialmente em conhecimentos físico-químicos e de Anatomia. Chegaram os egípcios a realizar cirurgias cranianas, diagnosticar e tratar várias doenças, conhecendo os mecanismos do processo circulatório e as funções de vários órgãos.

No início a medicina egípcia foi mística e sacerdotal. Depois, o contato do homem egípcio com a natureza e seu amor pela técnica, fizeram-no abandonar a interpretação mágica dos sintomas e acreditar que eles eram o sinal de uma determinada enfermidade.

As fontes históricas da medicina egípcia são um conjunto de documentos médicos, fundamentalmente três: o de Ebers, o de Brugsch e o de Smith. Este último é o mais completo tratado de cirurgia do mundo antigo. Todos os casos estão aí documentados da mesma maneira: começam pelo exame do doente, depois o diagnóstico, o prognóstico e, finalmente, o tratamento. No texto não se mencionam os meios mágicos da cura, mas se fala repetidamente da arte do médico, indicando que existiam escolas de medicina que formavam cirurgiões, independentemente da casta sacerdotal.

O documento de Ebers contém quase mil receitas. Os remédios mais usados eram a levedura, o azeite, a cebola e o alho. Como fármacos, se recorria também à mirra e ao ópio. Os fármacos eram prescritos segundo formas medicamentosas ainda em uso, tais como pílulas, supositórios e unguentos.

A vida dos egípcios era regulada por leis especiais, emitidas como prescrições religiosas. Dentre elas é importante mencionar a legislação higiênica que regia, por disposições particulares, o exercício da medicina. Segundo Heródoto, a medicina egípcia era dividida a tal ponto, que cada médico só

tratava uma doença. Diodoro Sículo afirma que, durante a guerra, os enfermos eram curados gratuitamente, pois os médicos eram pagos pelo Estado.

O primeiro "doutor" surgiu na dinastia egípcia, 3000 anos a.C.. Era denominado Imhotep e sua influência alcançou grau tão elevado a ponto de ser deificado pela religião politeísta egípcia.

Com a conquista do Egito pelos persas, a medicina decaiu e chegou a ser exercida por charlatões. No entanto, foi transmitido aos gregos o que de fundamental havia nas idéias dos egípcios acerca da medicina.

No campo da higiene, a medicina egípcia alcançou um alto grau de progresso e se pode afirmar que ali existia uma verdadeira medicina social, ainda que de forma rudimentar.

A posição do médico, no sistema social e no Estado, estava claramente definida. Eles não recebiam qualquer remuneração, eram auxiliados pela comunidade, constituíam uma casta com atributos especiais e por isso recebiam títulos pertencentes apenas aos sacerdotes.

As leis egípcias puniam severamente o aborto provocado e o abandono da criança. Proibiam relações sexuais durante a menstruação. Dedicavam especial atenção à infância e determinavam a prática da circuncisão nas meninas, o que consistia na excisão

do prepúcio do clitóris, trazendo como consequência a impossibilidade de orgasmo e a ausência de atividades masturbatórias. A circuncisão, executada por médicos e sacerdotes é facilmente compreendida quando se observa que a cultura egípcia valorizava as figuras masculinas dos reis e guerreiros, que eram representados nas colunas dos templos.

2.3 - Pérsia e Índia - a sistematização do pensamento

No século VI a.C. os persas conquistaram todos os povos do Oriente Próximo, dando origem ao mais vasto e organizado império até então conhecido. Estendendo-se do mar Egeu ao rio Indo, o Império Persa, durante dois séculos, possibilitou maior relacionamento entre o Oriente e o Ocidente e a integração entre a economia e a cultura de vários povos.

A Pérsia Antiga, atualmente conhecida como Irã, trouxe notável contribuição para o avanço da civilização no campo religioso com o Mazdeísmo, religião criada por Zoroastro. Primitivamente os persas eram politeístas, adorando deuses como Mitras (Sol), Mah (Lua) e Zam (Terra). As crenças religiosas eram rudimentares, marcadas pela magia e pelo sacrifício de animais. Antes mesmo de se iniciarem as conquistas, os persas evoluíram para uma religião mais elaborada e de caráter ético, modificando-

-se profundamente as concepções religiosas da população. A religião pregada por Zoroastro possuía um caráter dualista, ou seja, duas divindades regiam o universo, mantendo entre si uma luta constante: Aura-Mazda, o deus do Bem, identificado com coisas do espírito e Ahriman, o deus do Mal, que reinava no mundo material. Acreditavam que essa luta duraria até o final dos tempos e que terminaria com a vitória do Bem sobre as forças do Mal.

A luz e o fogo eram símbolos da vida, enquanto as trevas simbolizavam a morte. Zoroastro pregava a crença no livre-arbítrio, isto é, os homens eram livres para praticar o bem ou o mal, e a sua salvação dependeria de uma vida correta, de trabalho e de culto à verdade. Numa determinada época viria à Terra um Messias, com a finalidade de preparar os homens para o fim do mundo. No dia do Juízo Final os mortos ressuscitariam, os justos seriam conduzidos ao paraíso e os maus ao inferno.

Essas idéias foram reunidas num livro chamado Zend-Avesta, considerado o livro sagrado do zoroastrismo. Ainda nesse livro se encontram os fundamentos da medicina persa. Ele descreve os rituais de purificação necessários para afastar os espíritos malignos, origem de todos os males. A invocação dos deuses, a fé, os ritos e a leitura dos textos sagrados constituem o fundamento da cura, e demonstram que havia uma concepção mágica das enfermidades.

A medicina na Índia tem um vínculo com a da Pérsia: ambas são oriundas da Mesopotâmia.

Os documentos mais antigos em sânscrito, referentes à medicina hindu, são o Rig Veda (1500 a.C.) e o Agur Veda (700 a.C.). A tradição hindu é uma das tradições religiosas mais antigas. Para obter conhecimento sobre as normas de ordem ética, é necessário recorrer à leitura sagrada, ou seja, aos Vedas.

Como toda medicina oriental, a medicina da Índia foi primeiramente empírica e depois sacerdotal. Porém os sacerdotes mantinham suas práticas médicas envolvidas em fórmulas mágicas. Essa medicina prática ganhou tanta importância e desenvolvimento, que organizou um conhecimento sobre patologia, baseado na desarmonia de três humores - o espírito, a bile e a "flegma" - constituintes da parte vital do organismo.

Os textos médicos se caracterizam por sua precisão, por sua exata construção sistemática, pela importância atribuída ao exame médico e ao diagnóstico final. Um aspecto muito importante foi o desenvolvimento da cirurgia, cujos conhecimentos estão contidos no Livro de Susruta. O nível alcançado pela cirurgia, coloca a medicina hindu em um plano de superioridade em relação à medicina hipocrática.

Ao considerar o meio ambiente e as condições especiais em que se desenvolveu o pensamento médico hindu através dos séculos, parece natural que devesse dominar o conceito religioso, pelo

qual o indivíduo sofre a dor com espírito sereno e se dirige tranqüilamente para a morte, que é olhada não como um castigo, mas como o início de uma vida nova e melhor. Por esse motivo, a medicina hindu tendia, principalmente, para o conceito da purificação do corpo, para o esforço de tornar o homem mais digno do seu destino superior.

A medicina hindu se desenvolveu de maneira original, posto que, permaneceu durante longos períodos num plano primitivo, devido à proibição, pelas leis religiosas, do contato com cadáveres, o que restringia os conhecimentos sobre Anatomia. No entanto, sua contribuição é especialmente valiosa na área da Farmacologia. Plantas medicinais eram então conhecidas e comumente usadas.

Por muitos séculos a medicina esteve nas mãos dos Brâmanes, que construíram hospitais para cuidar de doentes, muito antes da Era Cristã. Ao lado dos médicos brâmanes existia, mesmo em áreas remotas, uma casta de médicos práticos.

Para os hindus, a origem das doenças devia ser atribuída aos distúrbios dos humores físicos ou morais. A higiene desempenhava um papel muito importante e, de acordo com as leis, as prescrições higiênicas rigorosas e as abluções freqüentes formavam a base do culto religioso.

A medicina hindu era movida por uma tendência a um misticismo profundo, que acompanhava quase toda forma de pensamento e ação e tinha como característica especial a atenção dada aos fenômenos psíquicos que acompanhavam as doenças e o uso da sugestão como uma forma de tratamento.

2.4 - Israel - a medicina teúrgica

O pensamento médico do mundo oriental, particularmente o mediterrâneo e o egípcio, passa por Israel onde foi filtrado e elaborado segundo a concepção monoteísta.

Os hebreus, povo de raça semita, nômade, originário do deserto da Arábia, não criaram impérios nem desenvolveram uma civilização das mais brilhantes, mas tiveram grande importância para a chamada civilização ocidental, uma vez que sua religião se constituiu na base do Cristianismo.

Entre os hebreus foi praticamente nulo o desenvolvimento das ciências, das artes plásticas e da arquitetura. Suas criações culturais situaram-se nos campos do direito e da religião. Na literatura, a grande contribuição hebraica foi o Antigo Testamento que, escrito ao longo de séculos e de fórmulas variadas, constitui uma importante coletânea de lendas e

documentos da história dos hebreus e de outros povos do Oriente Antigo. Através do Velho Testamento é possível acompanhar, em parte, as mudanças ocorridas nos usos e costumes, no direito e na religião do chamado povo eleito.

No direito, os hebreus realizaram substanciais progressos, superando em vários aspectos o Código de Hammurabi. O Código Deuteronomico, aperfeiçoado na época dos profetas, estabelecia medidas extremamente progressistas, tais como: garantias de direitos aos pobres e estrangeiros; libertação de escravos depois de seis anos de serviço, tempo a partir do qual as dívidas eram perdoadas; a não culpabilidade das crianças pelos crimes dos pais.

A história da medicina hebraica, como se encontra nos registros bíblicos, suas vicissitudes, lendas, tradições e leis, cobre um período de quase dois milênios e é, portanto, natural que encontremos conceitos e práticas, algumas vindas de fontes muito antigas, que estavam sendo modificadas constantemente pelos acontecimentos históricos que transformavam toda a vida daquele povo. Mas, o que é particularmente digno de menção e que torna a história da medicina hebraica talvez mais interessante que a de outros povos da antiguidade, é o fato de, muitas vezes, podermos demonstrar como os conceitos, as tradições, os costumes e as idéias que vieram de fora foram absorvidas e, por assim dizer, filtradas através do sistema moral e legislativo do judaísmo e quais os caminhos seguidos até chegar aí. Da maior importância

também, é a influência que a concepção monoteística, na qual a função de curar pertence só à divindade, teve sobre esse processo de assimilação e elaboração. Este conceito, pelo qual a medicina judaica difere da de qualquer outro povo antigo, reconhece estar no Deus uma a fonte da saúde, mas, de igual modo, a de todas as doenças, as quais, justamente porque vêm de Deus, só podem ser interpretadas como castigo merecido dos nossos pecados. Desse modo, os conceitos estabelecidos pela educação religiosa tendem a dominar o conceito animista, a idéia de demônios malignos e, portanto, as práticas mágicas e as superstições.

A concepção judaica da patologia é essencialmente demoníaca e deriva diretamente daquela dos povos primitivos. A origem da doença era atribuída, igualmente, à vontade de Deus, à maldade humana ou a uma falta cometida pelos antepassados.

Na medicina judaica primitiva, a origem da doença é atribuída a indivíduos, contra a qual usavam orações e sortilégios, como meio de defesa. Segundo Mowinckel e Lods, muitas das invocações dos salmos deviam ser consideradas como simples encantações e as maldições aí contidas ("Que sejam cegados os olhos que não vêm... Que sejam apagados do livro dos vivos"... - LXIX, 23, 28), como processos mágicos, análogos, na sua forma e na sua finalidade, àqueles que foram conservados nos textos assírio-babilônicos.

Aqui e acolá, nos livros sagrados que definiam a vida do povo hebreu, a doença vem imediata e diretamente como meio de punição e educação: " por Sua vontade Deus faz a lepra vir e partir " (Êxodo, IV, 6). "A peste é levada por um anjo do Senhor que acomete 185.000 assírios em uma noite" (II, Reis, XIX, 35).

Nesse conceito há uma tendência manifesta, que se revela claramente àqueles que estudam as fontes sagradas, para concentrar toda a autoridade e a força, bem como o poder de curar, nas mãos da casta sacerdotal, que é depositária e intermediária da vontade de Deus uno. Quando o rei Asa consultou o médico em vez do Deus uno através dos seus sacerdotes, ele prontamente "dormiu com seus pais" (II, Crônicas, XVI, 12, 13).

É ao Deus uno que o povo de Israel pede a cura dos seus males e diante d'Ele os doentes prostram-se para invocar a salvação.

Esse conceito, que podemos chamar de unitário, proíbe aos crentes a prática da magia, sem conseguir aboli-la inteiramente. É nele que encontramos a causa do grande desenvolvimento que a legislação sanitária tem entre os antigos hebreus, a qual podemos qualificar como a primeira codificação das regras de higiene. Uma vez assentado o princípio de que o Deus uno é o dispensador do bem e do mal, que sua vontade é que decide sobre a saúde e a doença, que aqueles que apelam para outros deuses serão severamente castigados, é natural que o terreno fique despojado

de todas as superstições e conceitos animísticos e mágicos. É lógico ver, derivada desse conceito, a necessidade de seguir os preceitos divinos com uma precisão não menos escrupulosa que a empregada por outras nações em relação a prescrições mágicas e de executar todas as práticas religiosas que têm um componente relativo à saúde, com a mesma observância exata e a mesma fé ardente. É nisso, que reside a importância do conceito monoteístico sobre a evolução da medicina em Israel; e é por esse motivo que a alusão aos médicos e aos medicamentos é rara nos livros sagrados e parece ter sido incluída de modo indireto, muitas vezes metaforicamente. As práticas médicas descritas nos textos egípcios e babilônicos são práticas mágicas ou ritos religiosos a deuses estranhos e, portanto, proibidas ao povo hebreu.

No conceito bíblico da medicina, os sacerdotes que têm a função de superintender todas as práticas religiosas e atuar como intérpretes da vontade divina, são os únicos a quem estavam atribuídas, oficialmente, funções médicas. São os guardiões da pureza do povo e, pelo fato de a pureza espiritual vir a par com a pureza do corpo, é claro que as regras higiênicas têm as características dos preceitos religiosos e, em parte, também, das cerimônias religiosas. Portanto, a finalidade dos hábitos higiênicos judaicos é a pureza do corpo perante Deus. E assim, foi imposta a esse povo.

Na lei bíblica, os conceitos religiosos e higiênicos se aproximam e muitas vezes se misturam; a distinção entre o puro e o impuro nas cerimônias religiosas alcança tanto a pureza moral como a física.

O aparato místico que acompanha todas as práticas sanitárias torna-se gradativamente o elemento principal, transformando o banho purificador no batismo simbólico. Entre os judeus, essas práticas não estavam restritas aos sacerdotes ou a um pequeno número de iniciados ou adeptos; elas se estendiam a todo o povo sem distinção, e eram impostas a cada um. Assim, nenhum judeu podia penetrar no templo sem estar puro - isto é, sem ter tomado banho; ou se tivesse estado em contato com pessoas ou coisas impuras; ou se fez algo que tivesse provocado a impureza do seu corpo. A purificação não podia ser adquirida sem um banho ritual. Na tentativa de evitar as infecções, um dos mais importantes documentos da legislação sanitária, o Deuteronômio, prescreve que os soldados devem cobrir seus excrementos com terra.

Ao lado dessa medicina sacerdotal, florescia uma medicina empírica, o que se verifica em uma passagem de II Reis, (XX, 7) que para o rei Ezequiel, atacado por uma doença grave, Deus aconselhou, pela boca do profeta Isaías, um emplastro de figos secos. Era habitual a preparação de unguentos medicinais, como se vê no Êxodo (XXX, 22 - 25), onde se prescreve um óleo para as

unções sagradas e se diz expressamente que deveria ser preparado de acordo com a arte do boticário.

Depois do período que se segue à destruição do Templo e do governo judeu, a medicina do povo de Israel não teve mais independência, mas seguiu a direção do povo no meio do qual os judeus viviam em exílio.

Não havia instrução médica especial até o período alexandrino e os médicos judeus não se tornaram proeminentes na história até a Idade Média.

A medicina judaica era, portanto, essencialmente teúrgica: só a fé poderia trazer a cura e a salvação do corpo e da alma. Ela trouxe uma contribuição importantíssima à medicina - a base essencial de toda higiene social. É nesse povo que surge, pela primeira vez na história, a proteção legislativa e o dever, igual para todos, de obedecer às leis morais. Surge também o conceito de legislação sanitária, compreendida como uma limitação do direito do indivíduo, sacrificado em benefício de interesses superiores, quais sejam, os da comunidade.

3. A Medicina Mítica e Científica

3.1 - A Grécia - a medicina mítica

A história da medicina na Grécia Antiga está de tal forma integrada à cultura grega como um todo, que se torna impossível determinar, sequer aproximadamente, a ocasião em que a medicina helênica começou a possuir conhecimentos suficientes para se constituir em um sistema particular.

A civilização grega mostra como característica, as artes livres de qualquer rigidez tradicional; suas figuras parecem ativas e vivas. Também o pensamento filosófico abandonou as linhas estilizadas do dogmatismo místico e penetrou no domínio do pensamento livre, onde não há especulação que seja demasiado perigosa ou subvertedora das idéias estabelecidas. O pensamento médico lentamente libertou-se dos conceitos mágicos e do dogmatismo místico e estabeleceu sua base na observação e no estudo constante da natureza e do homem em suas relações com os animais. Esse estudo biológico trouxe uma nota essencialmente nova à medicina. Envolto pelo criticismo, também um traço caracteristicamente helênico, produziu, pela primeira vez na história, uma medicina que era ao mesmo tempo arte e ciência.

Para analisar com acerto o processo de formação da medicina helênica é necessário considerar as influências a que a Grécia esteve exposta durante séculos e aquelas que, por sua vez, exerceu sobre povos adjacentes e distantes. Deve-se pensar nas colônias que, do Nilo ao Mar Negro, da Sicília à costa do Norte da África, estabeleceram e permitiram usufruir, muitas vezes em ambientes muito diversos, as riquezas e o espírito da Grécia. Deve-se pensar, também, no grande comércio internacional através do qual os navegadores, negociantes e aventureiros retornavam de suas longas viagens, que muitas vezes parecem lendárias, trazendo o conhecimento de culturas diversas e estranhas.

Os progressos materiais das civilizações antigas estavam reunidos em um país bem favorecido pela natureza, e que dominava os mares pela navegação e pelo comércio. Era também um país enriquecido pela troca constante dos seus produtos com os povos vizinhos e acostumado, como sempre aconteceu com os povos marítimos, a distribuir livremente suas riquezas materiais e intelectuais. Isso, quase que necessariamente, fez da Grécia o palco de um dos mais interessantes e importantes fenômenos da história da evolução: o estímulo à semente antiga pelo contato com energias novas.

A história da medicina na primitiva cultura helênica não pode ser separada da história de sua filosofia. Nasceu com a filosofia das escolas de Tales, tomou forma na Teogônia de Hesíodo, exteriorizou-se nas afirmações dos pitagóricos e da

escola de Croton e cresceu livremente e em segurança a partir dessas raízes, até atingir seu clímax na ética da escola hipocrática.

Encontra-se na cultura helênica uma tal liberdade de pensamento, de observação e de investigação, que sozinha pode garantir à medicina a possibilidade de desenvolvimento, sem a qual - como nos mostra a história de períodos mais remotos e dos mais recentes - não pode haver progresso da ciência. Essa liberdade é observada na mentalidade crítica e especulativa dos gregos e na sua vida política e religiosa. Na Grécia não havia casta sacerdotal isolada; a religião era um mito poético, nunca um edifício político, e jamais dominou o pensamento crítico. As idéias podiam, portanto, desenvolver-se livremente, podiam florescer as contradições às mais veneráveis tradições; a cultura, sem limites estabelecidos ou leis dogmáticas, oferecia aos gregos auxílio à sua imaginação, livre do medo do castigo.

Os poemas homéricos fornecem fatos e indicações fundamentais, são os documentos mais importantes que tratam da evolução do pensamento médico e da prática profissional dos gregos nos tempos primitivos. A medicina do tempo de Homero era uma arte nobre; os heróis ilustres que conheciam a arte da guerra eram peritos em medicina. O médico gozava de grande conceito. De acordo com o poeta, ele era "um homem mais digno do que muitos outros".

A medicina mágica é citada nos poemas homéricos, se bem que lhe seja atribuído um papel mínimo, especialmente na *Odisséia*, escrita em período posterior à *Iliáda*. Nessa, os médicos aparecem como profissionais, eram servidores do público e pode-se observar relatos interessantes como o de um parto prematuro no sétimo mês (*Iliáda*, XIX, 114).

É evidente que a medicina grega não era predominantemente mágica ou sacerdotal ainda que a *Iliáda* se refira a Apolo como vingador, disseminador de pestes e outras doenças contagiosas, e haja referências a deuses que curavam doenças e eram invocados nas orações feitas aos feridos e moribundos. No conceito homérico, a medicina é decididamente uma arte independente, praticada por peritos que a ela se dedicavam especialmente e eram pagos pelo seu trabalho. Isso sugere que, talvez em um período anterior da cultura grega, a medicina tenha sido empírica, praticada por leigos; e só em épocas posteriores ela se tornou mais mística e sacerdotal.

Na literatura pós-homérica encontramos com freqüência crescente, encantações, signos, demônios, etc. O aumento da corrente mística reflete a influência oriental, que se faz sentir cada vez mais na cultura grega. A princípio, todos os deuses possuíam aptidões curativas ou eram capazes de causar doenças, mas logo, poderes particulares foram atribuídos a alguns deles.

O inventor da arte de curar foi Apolo, que afugentava os males, algumas vezes identificado com Paeon, médico dos deuses. Artemis era a protetora de mulheres e crianças, identificada posteriormente com a deusa egípcia Istat e provavelmente com a "grande mãe" do Olimpo de Creta, conhecida sob o nome de Eileithyia. Higéia era a deusa da saúde e algumas vezes foi representada com Esculápio. Panacéia era aquela que curava todos os males; Pallas Athene, deusa da ciência e da arte, era a protetora da vida e legisladora da higiene. Outros deuses porém, eram também venerados como possuidores de virtudes curativas, entre eles Afrodite, a protetora da vida sexual, Pan, Juno, Neptuno, Baco, Mercúrio, e as divindades ctônicas - Plutão, Proserpina, Hecate, e mesmo Cérbero e as Parcas; eles podiam também causar ou evitar doenças. Não deve ser esquecido que os gregos não tinham uma, mas várias religiões. Os cultos variavam nas diferentes regiões do país e estavam a mudar constantemente.

O centauro Chiron era geralmente tido como fundador e mestre da medicina, especialmente da cirurgia. Os mais famosos heróis gregos foram seus discípulos na caça e na arte de curar. Finalmente, Asclepios - em latim, AEsculapios - o discípulo de Chiron, tornou-se na mitologia grega o filho de Apolo e o deus da Medicina.

A origem do mito de Esculápio deve ser procurada na transformação, através dos séculos, de várias divindades gregas, especialmente das regiões inferiores. A essa origem deve ser

atribuída, acima de todas, a tradição da serpente que, em toda a mitologia ctônica, teve a maior importância como representante das forças subterrâneas e, portanto, dos deuses das regiões inferiores. A serpente representa um papel importante na velha medicina mágica.

De qualquer modo, o certo é que o culto a Esculápio se originou na Tessália. A lenda tessálica diz que ele nasceu em Triikka e lhe dá como pai, Ischys, o filho do rei Elatos e, como mãe, Coronis, a filha de Phlegyas.

Os títulos dados a Esculápio na antiga literatura grega são: Iatros (médico), Orthios (aquele que cura), e Soter (salvador). Ele é representado sempre pela serpente, que é o símbolo de deus e do seu poder curativo. Algumas vezes é também representado por um cão, uma cabra, uma ventosa, um vaso para remédio, um livro ou um bastão.

Os templos de Esculápio eram usualmente construídos em lugares cuja posição e beleza naturais os tornavam particularmente convenientes ao tratamento dos doentes.

As investigações históricas mais recentes mostram que, se a medicina homérica era praticada por leigos, a medicina dos santuários de Esculápio era praticada exclusivamente por sacerdotes e as curas eram tidas como miraculosas. O tratamento, além da sugestão e das práticas mágicas que contribuíam de modo

fundamental para seu bom êxito, consistia em medidas dietéticas, banhos e massagens. Um auxílio importante ao tratamento era dado pela situação excepcional dos templos e pelas comodidades que cercavam os doentes. Em Epidauro vemos os restos do magnífico Propileu construído por Polycleto, no quarto século antes de Cristo, certamente um dos mais luxuosos.

A origem da medicina científica é contemporânea ao aparecimento da medicina grega, quando pela primeira vez na história vemos uma tentativa de construir, baseado na reflexão especulativa, um sistema capaz de explicar os fenômenos naturais e estabelecer suas leis. Antes desse período a medicina era, alternadamente, instintiva, empírica, mágica e sacerdotal ou religiosa. Mas, ainda que, em certos países e em certos períodos, tenha atingido um alto grau de conhecimento prático e perfeição técnica, foi na Grécia que ela se revelou como pura e diretamente utilitária, aplicada inteiramente com o fim imediato de fazer cessar as dores do doente ou de prolongar a vida. Antes dos gregos não havia a preocupação com as causas fundamentais e, acima de tudo, com a seqüência lógica da causa e do efeito dos fenômenos observados.

O grego, filósofo, aplicou ao conhecimento prático um pensamento crítico baseado na observação e nas experiências. Não há dúvida de que alguns dos grandes filósofos da escola pré-socrática eram também médicos e que, indiretamente, a fertilidade do pensamento filosófico mais antigo procedia do

conhecimento médico e da sabedoria acumulada no Oriente. As primeiras especulações filosóficas partiram da observação da natureza, das vicissitudes da vida humana e dos fenômenos que a acompanham. Esses primeiros filósofos eram de fato naturalistas e biologistas que passavam do estudo do indivíduo ao do cosmos, e olhando o cosmos como uma unidade, voltavam ao estudo do indivíduo.

Entre as grandes escolas pré-socráticas encontramos a escola jônica de Mileto, fundada por Thales de Mileto. A ela devemos o conceito da natureza como *physis*, conceito que foi, mais tarde, desenvolvido por Aristóteles. Mas, foi a escola filosófica denominada por Aristóteles de itálica, que se tornou a base mais importante da medicina científica. Fundada por Pitágoras, rapidamente adquiriu um caráter especial: orientou-se para a biologia e a medicina.

Os conceitos biológicos e médicos dos pitagóricos derivam das relações estreitas que mantinham com a escola médica de Crotona, responsável pela formação de importantes pensadores-médicos como Alcmeon, a quem se deve grandes descobertas em anatomia, uma vez que foi ele o primeiro a praticar disseções anatômicas. Também é ele responsável pela idéia de que a investigação médica está combinada ao raciocínio filosófico, de onde provém o conceito de Isonomia, isto é, a harmonia perfeita de todas as substâncias que compõem o corpo humano. Essa linha de

pensamento foi, durante mais de vinte séculos, o alicerce de toda a patologia.

3.2 - O Corpo Hipocrático e a Ética - as escolas médicas

Naquela época gloriosa da Grécia, Péricles dava novo impulso às artes, Heródoto e Tucídides escreviam as páginas imortais de suas histórias; Fídias esculpia no mármore as formas puras do ideal helênico de beleza; Sófocles e Eurípides abalavam as almas da multidão; o esforço para a liberdade e a beleza percorriam toda a Grécia. Também na medicina ela se mostrava fecunda e permitia o surgimento de um padrão médico que dominaria as escolas e os médicos da sua época. Ele se colocaria acima da medicina sacerdotal e empírica e reuniria em sua pessoa, idealizada através dos séculos, os conhecimentos do passado, caminhando em novas investigações e conceitos. Assim se impôs como a personalidade médica mais importante e completa da antiguidade.

Aos olhos dos seus contemporâneos e da posteridade, surgiria coberto de glória. Platão o comparava, no Protágoras, a Polycleto e Fídias; Aristóteles, em sua Política chama-o Hipócrates, o Grande; Galeno tinha-o como o divino - o

maravilhoso inventor de tudo quanto é belo, enquanto a Idade Média, em geral, considerava-o como o Pai da Medicina.

Que é que lhe trouxe essa reputação, que começou a se formar quando ainda estava vivo e cresceu, progressivamente, a partir do início do quarto século a.C.? Os escritos que constituem o Corpo Hipocrático são, sem dúvida, aqueles aos quais seu nome está ligado. Ultimamente, a crítica histórica foi capaz de distinguir, nessa grande coleção de escritos médicos, alguns que, obviamente, vêm de autores de períodos e escolas diferentes. Mas foi, certamente, o médico mais afamado do seu tempo, o investigador mais profundo e o mais agudo observador; foi o chefe da escola médica mais florescente da sua época, reuniu em torno de si muitos discípulos e espalhou seu ensino através de todo o mundo grego e para além desse.

Sua importância capital foi ter demonstrado que a doença é um processo natural, que os sintomas são reações do organismo à doença e que o principal papel do médico é ajudar as forças naturais do organismo.

O número de escritos atribuídos a Hipócrates varia muito, de acordo com os critérios empregados pelos historiadores. Mas, o que se encontra com mais freqüência é a citação de 53 assuntos em 72 livros escritos em dialeto jônico, que era, na época, a língua literária da Grécia.

Os escritos genuinamente hipocráticos, tanto quanto se pode julgar hoje, são os livros: Da Dieta; Os Prognósticos; Das prenoções; A oficina do médico; Dos ferimentos e das úlceras; Das epidemias, e mais alguns sete títulos.

Há alguns textos importantes para a ética hipocrática. O primeiro desses é o juramento de Hipócrates, cujo texto é o seguinte:

"Eu juro por Apolo, médico, e Esculápio e Higéia e Panacéia e todos os deuses e deusas, que, de acordo com minha habilidade e julgamento, cumprirei este juramento e estes compromissos - respeitar quem me ensinou essa arte como se fora meu pai, repartir com ele meus bens, suavizar suas necessidades se for necessário; olhar para seus filhos como se fossem meus irmãos, ensinar-lhes essa arte se quiserem aprendê-la sem retribuição ou condição de espécie alguma e pelo preceito, leitura e qualquer outro modo de instrução, darei conhecimento da arte a meus próprios filhos e aos meus mestres e a discípulos ligados por compromisso e juramento, conforme a lei da medicina, mas a ninguém mais. Seguirei aqueles regimes que, de acordo com minha habilidade e julgamento, considerar benéficos a meus doentes e me absterei de tudo que for nocivo e deletério. Não darei veneno mortal a ninguém mesmo que seja instado, nem darei a ninguém tal conselho e, do mesmo modo, não darei às mulheres pessário para

provocar o aborto. Viverei e praticarei minha arte com pureza e santidade. Não operarei os que sofrerem da pedra mas deixarei que isto seja feito por homens que são práticos nesse ofício.

Qualquer que seja a casa em que penetre, lá irei em benefício dos doentes e abster-me-ei de qualquer ato voluntário de maldade ou corrupção e, ainda, de sedução de mulheres e homens, de libertos e escravos. Tudo aquilo que, tenha ou não relação com a prática da minha profissão, vir ou ouvir da vida dos homens que não deva ser divulgado, não divulgarei, respeitando tudo aquilo que deva ficar secreto. Enquanto conservar sem violação este juramento, que me seja concedido gozar a vida e a prática da arte, respeitado por todos os homens em todos os tempos. Que outro seja meu destino se transgredir ou violar este juramento! " (LANDMANN: 1985, 19-20)

A análise, ainda que superficial desse texto mostra claramente a postura ética do mestre de Cós e o que era exigido dos seus discípulos como moral.

Inicialmente o juramento é feito aos deuses médicos e apenas num segundo plano, em bloco, vêm " todos os deuses e deusas ". A seguir dedica respeito e obrigações aos mestres da arte médica, obviamente médicos, e a seus filhos.

O compromisso de transmissão de conhecimentos médicos se restringe aos seus próprios filhos, aos seus mestres e seus discípulos, presos a esse juramento e "a ninguém mais".

Condena, no momento seguinte, a pena de morte, a eutanásia e o abortamento. Aconselha que algumas cirurgias sejam feitas por especialistas e, assim, inaugura as especialidades médicas, concedendo-lhes credibilidade. Cria distâncias morais entre o médico e o doente e/ou familiares. Trata igualmente "libertos e escravos" mas abstém-se de qualquer crítica à estrutura social. Apenas acomoda a prática médica à realidade social vigente.

Finalmente, dá ênfase ao sigilo profissional, base da relação médico-paciente, que é a garantia de diagnósticos corretos, elaborados a partir de histórias de vida verdadeiras e, conseqüentemente, tratamentos eficientes.

O segundo livro do grupo ético, chamado Do Médico, é predominantemente deontológico e contém uma série de preceitos sobre o comportamento do médico, dentre os quais pode ser citado aquele lembrado ainda hoje, e com grande freqüência, no meio médico, sem que se saiba, no entanto, a sua procedência: "Para o médico é incontestavelmente um ponto importante ter uma aparência agradável e estar bem nutrido, porque o público acredita que aqueles que não sabem tomar conta do próprio corpo, não estão em situação de se preocuparem com o dos outros. Deverá saber calar-se no momento oportuno e ter uma vida regular, porque isso contribui muito para sua boa reputação. Seu comportamento deverá

ser o de um homem de bem e, como tal, deverá mostrar-se gentil e tolerante perante os homens de bem. Não deverá agir impulsiva ou precipitadamente; deverá manter uma fisionomia serena e calma e nunca deverá estar de mal humor. Porém, por outro lado, nunca deverá mostrar-se demasiado alegre”.

Esse texto mostra claramente a preocupação de Hipócrates com a aparência e a reputação dos médicos. Pretende que eles mantenham conduta pessoal uniforme e aponta como modelo a classe que ele denomina de “homens de bem”. Esse grupo, paradigma, “gentil e tolerante, de fisionomia serena, bem nutrido”, por certo não era constituído pelos escravos. Hipócrates tenta integrar os médicos às elites da época propondo aos médicos que lhes imitem o comportamento.

Nos livros intitulados Da Conduta Honesta (Decorum) e Dos Preceitos, Hipócrates expõe de forma mais abrangente seu posicionamento ético.

“O médico é ao mesmo tempo um filósofo, é igual aos deuses. Não há grande diferença entre medicina e filosofia, porque todas as qualidades de um bom filósofo devem ser encontradas no médico: altruísmo, zelo, modéstia, uma aparência digna, seriedade, decisão, pureza de vida, o hábito da concisão, conhecimento do que é útil e necessário à vida, reprovação das coisas más, um espírito livre de desconfianças, devoção à divindade.”

Certos preceitos em relação à prática médica estão tão vivos ainda hoje que não parecem remontar há vinte séculos: "é necessário possuir remédios simples, prontos para uma emergência ou para levá-los em viagem, porque o médico, no último momento, não pode escolher o mais conveniente. Quando um médico entra no quarto de um doente, deve estar atento ao modo como se senta e se comporta; deverá estar bem vestido, ter uma fisionomia tranqüila. Dar toda atenção ao paciente, responder calmamente às objeções, não perder a paciência e ficar calmo na presença de dificuldades. A regra mais importante é repetir os exames com freqüência para evitar enganos; deverá saber que o doente mente com freqüência quando diz ter tomado certos remédios. É importante examinar o leito do paciente; tanto a estação do ano quanto a espécie da doença, provocarão diferença na sua posição.

Deverão ser evitados ruídos e perfumes. Todas as recomendações do médico deverão ser feitas de maneira amigável, clara e tranqüila. Nada deverá ser dito ao doente do que poderá acontecer ou, eventualmente, ameaçá-lo, porque muitos pacientes foram, deste modo, levados a medidas extremas. E, finalmente, onde existe o amor do homem, existe também o amor pela arte. Não há nenhum mal que o médico se ache embaraçado diante do doente. Se em virtude da sua experiência insuficiente, ele não vê a situação de modo claro, que chame outros médicos em conferência, para que, após um estudo em conjunto, o estado do paciente se torne claro e ele possa ser auxiliado. Os médicos que se reuniram

em conferência não devem ter disputas acrimoniosas, nem procurar atrair o ridículo uns sobre os outros”.

Esses textos mostram a existência de uma medicina leiga já bastante desenvolvida naquela época e a preocupação do autor com a boa e a má prática médica, preocupação que se percebe nascida da prática, do estudo à beira do leito do doente e não mais do ensino ou das práticas do templo de Esculápio.

O que chama a atenção de forma mais significativa nesse texto é a preocupação em esconder do doente seu diagnóstico e prognóstico, sob a alegação de que “muitos doentes foram, por isso, levados a medidas extremas”. Realmente, o que se percebe, é que o segredo em relação a esses fatos está relacionado com a manutenção do poder médico, em assegurar o domínio de informações que se constituem em colunas mestras no exercício do poder, de todo e qualquer poder.

O médico grego não era profeta, sacerdote ou mágico. Não era depositário de segredos divinos, mas um ser independente, guiado por seu próprio pensamento crítico e animado da necessidade urgente de procurar uma explicação lógica dos fenômenos naturais.

3.3 - Aristóteles e a Medicina Pós-Hipocrática

No decorrer do tempo, idéias e sistemas, disciplinas e hipóteses várias, se destacaram do tronco principal e produziram novas diretrizes de pensamento, muitas vezes novas especulações, algumas vezes, uma aplicação mais direta e imediata daquilo que Hipócrates imaginou.

Nessa ocasião, a filosofia parecia estar mais do que nunca em relação íntima com a medicina e ambas as disciplinas estudavam de perto a natureza. Platão, que em Fedro, fala de Hipócrates como um mestre, lança as bases da Biologia. Sua filosofia reflete a obra de Filolau, um dos médicos mais ilustres da escola siciliana, do mesmo modo como Hipócrates fora influenciado profundamente pelas doutrinas de Giorgias Sículo.

Agora, porém, as linhas fundamentais do pensamento hipocrático revivem, novamente, na obra de um grande filósofo. Aristóteles, se bem tivesse pouca influência sobre os médicos de seu tempo, "mestre de todos os que sabem" no dizer de Dante, teve influência importante na história do pensamento civilizado. No campo da medicina foi também um grande desbravador.

Nascido em Stagira, filho de Nicômaco da linhagem dos Asclepiádes, discípulo de Platão, médico da corte macedônica, Aristóteles reflete em toda a sua obra o efeito da atmosfera

médica em que se formaram seus hábitos mentais e o seu contato com os escritos hipocráticos. Seus estudos no campo das ciências naturais, seu método - em que aparentemente, pela primeira vez na história, um mestre se colocou à testa de uma escola de discípulos e lhes deu instrução sistemática -, sua surpreendente atividade no campo da Biologia, sua capacidade em recolher vasto material e organizá-lo com espírito crítico, tudo leva a considerá-lo como um dos fatores mais importantes na evolução histórica do pensamento médico.

O conhecimento biológico de Aristóteles mostra, em particular no domínio da zoologia, os resultados de seus profundos estudos. Sua História dos Animais, com uma classificação que é aceita parcialmente ainda hoje, não é senão a prova de uma investigação intensiva e continuada por longo tempo. Descreveu plantas e animais revelando seus profundos e minuciosos estudos anatômicos. É merecedora de interesse especial a árvore da natureza construída por Aristóteles, a qual se estende a partir de plantas inferiores, passando através dos moluscos, artrópodos, crustáceos, répteis e mamíferos, até o homem.

Afastando-se do conceito, até então aceito, de que a geração era devida à união da semente masculina com a substância análoga vinda da fêmea, Aristóteles afirmava a possibilidade da geração espontânea e não achava que fosse absolutamente necessária uma substância masculina para fecundar o ovo. Realizou estudos também referentes às abelhas, aos peixes elétricos e

observações, não menos importantes, na área da botânica. Não parece, pois, haver exagero da parte de Darwin quando diz que todos os biólogos modernos podem ser tidos como discípulos de Aristóteles.

A partir de Aristóteles começou a anatomia comparada, assim como dele provém o método de pesquisa que liga a causa ao efeito e a noção de força intimamente presa à matéria. A ele se deve notáveis progressos em embriologia e o início de um estudo crítico da natureza, pelo qual se tornou clara a situação do homem no macrocosmo.

As extremas conquistas de Alexandre - o Grande - e as alterações políticas daí resultantes, trouxeram uma grande transformação em toda a cultura da época. Juntamente com sua liberdade política, a Grécia perdeu sua primazia intelectual no mundo civilizado, mas teve a oportunidade de se expandir nos rastros do conquistador macedônio. A cultura grega entrou em contato íntimo com a cultura antiga do Oriente, quando a Alexandria se tornou o centro do comércio do Mediterrâneo. A essa riqueza sempre crescente e a essa magnífica expansão política, a ciência, a filosofia e a arte da antiga Grécia prodigalizavam suas características. A cidade em que todos os mercados do Oriente lançavam suas coisas mais raras e preciosas, o centro do comércio, em cujas ruas homens de todas as raças e línguas viviam a vida tumultuada e febril do tráfico, aspirava, pela vontade dos seus chefes, tomar para si as glórias da Grécia. Assim, na

capital, os filósofos, os médicos, os artistas e os poetas, floresciam sob as vistas admiradas dos príncipes e do povo. O culto da beleza, da pesquisa científica, encontrou continuadores na vida brilhante da metrópole mediterrânea.

Da Pérsia, da Mesopotâmia e mesmo de países mais distantes, fluíam as tradições da medicina mística e empírica. Todas as correntes se juntavam para formar o complexo da medicina alexandrina que refletia as características da sua origem e da sua época. De um lado estavam as investigações minuciosas da razão de ser das manifestações vitais e das doenças e, de outro lado a persistência de um dogmatismo que acentuou cada vez mais o lado formal e literário dos estudos médicos. Era aquele período em que a matemática podia se orgulhar de nomes como Arquimedes e Euclides e, ao mesmo tempo, as discussões dos textos filosóficos eram intermináveis. Havia uma luta constante entre o realismo e o misticismo, enquanto as crenças oscilavam entre o ceticismo e a superstição.

A medicina refletia vivamente essas várias tendências. Os escritos hipocráticos foram reunidos e codificados em Alexandria, onde foram objeto de estudo minucioso, continuado, e ocupavam lugar de honra na biblioteca.

Quando essa estrutura política começou a decair e as correntes orientais começaram a predominar na vida social, a medicina adquiriu também as mesmas tendências: a superstição e o

dogmatismo corroeram a nova medicina de maneira que, nos fins daquela época, ela se atrofiou na pesquisa estética da palavra escrita, enquanto a prática da medicina estava quase exclusivamente nas mãos de empíricos e charlatões.

A medicina hipocrática experimentou, portanto, uma lenta decadência devida especialmente à difusão da medicina empírica alexandrina. Surge nesse momento o sistema pernicioso de patologia local, que distingue as doenças de acordo com suas sedes locais, perdendo completamente o contato com a patologia geral. A mesma tendência poderia ser atribuída ao surgimento de especialistas de todas as especialidades, para todas as doenças. Ao mesmo tempo, o misticismo, o ocultismo e as práticas mágicas se multiplicaram e rapidamente invadiram todos os domínios da pesquisa científica. Com o esgotamento de um solo tão fértil, a civilização helenística chegava ao seu fim. Seus elementos de maior vitalidade renasciam e floresciam em uma civilização que estava para herdar as grandezas das tradições gregas. Por vários caminhos a civilização romana chamou para si as riquezas e tesouros do comércio, da arte e da ciência, para completar sua própria grandeza.

3.4 - Roma - a medicina mitológica e profissional

Mesmo as mais recentes investigações históricas não foram capazes de decidir de onde vieram os Etruscos, como chegaram à Itália ou mesmo se eles pertenciam, como supõem alguns autores, a uma raça oriental, sujeitos, pelo contato contínuo do comércio, à influência duradoura da mais antiga civilização mediterrânea.

Na mitologia etrusca, fundada sobre uma trindade divina e uma trindade infernal, análogas àquelas das mitologias cretense e misceniana, a demonologia desempenha um papel importante. Os espelhos etruscos de bronze polido nos deram a conhecer demônios afrodisíacos femininos, com a aparência de jovens aladas.

Os etruscos gozavam de uma grande reputação médica na antiguidade.

A arte etrusca rapidamente sentiu a influência grega, adotando, inclusive, o alfabeto grego. Evidentemente, também os conceitos médicos dos gregos penetraram na Etrúria. Encontram-se, por exemplo, nomes e imagens de deuses da mitologia grega em objetos de arte etrusca. Portanto, o culto dos deuses que curavam foi também importado da Grécia para a Itália.

A fundação de Roma e a extensão do seu poder sobre grande parte da Península, o domínio que exerceu sobre povos antigos, como os úmbrios e oscos, dos quais os conquistadores absorveram a religião, aumentam a dificuldade de estudar as origens desta ou daquela tradição da mitologia romana, porque todas elas pertenciam indubitavelmente a mitos mais antigos.

Uma das mais antigas deusas romanas da cura era Carna, protetora das funções vitais. Ela defendia o indivíduo contra as Strioge, ávidas de sangue. A deusa Salus tinha um santuário no Monte Quirinal e a porta da cidade era chamada Porta Salutaris.

Apolo e Marte eram tidos, desde épocas mais antigas, como protetores da saúde. Castor e Pollux eram venerados também como deuses da saúde. Invocavam contra as febres das campanhas romanas as deusas Febris e Mephitis. A proteção da mulher grávida e do recém-nascido era confiada a numerosas divindades. Ovídio fala de Carmenta, em honra de quem eram celebradas as festas carmentárias, durante as quais os carmentari registravam os oráculos da deusa. Ela chamava Prorsa e Antevorsa quando o feto se apresentava em posição anterior. Lucina era, antes de tudo, protetora da menstruação e do parto, a ela dirigiam-se as orações das mulheres grávidas. Numerosas outras divindades protegiam as virgens e exerciam influência benéfica sobre a vida sexual.

Mutus-Tutunus era o deus da concepção e da fecundação masculina. Uterina, Cunina, Mena e Rumina eram as deusas que guiavam os vários acontecimentos sexuais.

A despeito das relações que inicialmente ocorreram com os gregos e a despeito ainda, da proximidade de centros tão importantes para o desenvolvimento da medicina como as escolas sicilianas, a medicina romana, nos seus primórdios, foi quase que exclusivamente baseada na magia. Só aos deuses era atribuído o poder de curar, só a eles o paciente recorria. Havia um número infinito de divindades curativas veneradas e, para cada doença era invocado o auxílio de um deus em particular.

Entre as leis da época dos reis encontramos várias regras sanitárias como a que obrigava a enterrar os mortos fora da cidade. No entanto, antes da chegada dos médicos gregos, Roma não possuía verdadeiramente praticos profissionais. A prática da medicina era função do "pater familias".

Os médicos gregos não faziam distinção entre a prática da medicina e a da cirurgia. Faziam flebotomias e vendiam remédios e, nas suas enfermarias (iatreia ou catrinoe como foram chamados depois em latim) ofereciam seus serviços a quem os pedisse. Esses médicos logo penetraram nas casas patricias e fizeram fortuna rapidamente. Foram empregados nos banhos, nos ginásios e no exército; tornaram-se médicos dos gladiadores e escravos. Eram, eles próprios, escravos e freqüentemente alforriados pelos

patrões, em recompensa dos seus serviços. Estudos históricos recentes mostram que mesmo por volta do fim da República, os médicos eram quase todos estrangeiros. A medicina continuava a ser tida como uma profissão indigna de um cidadão romano. Não se admitia a idéia de que um cidadão que vestia toga gastasse seu tempo em uma pequena loja a prescrever unguentos para gladiadores, preparar filtros amorosos para mulheres de "má vida" e sangrar escravos, as práticas mais freqüentes entre os gregos e as mais rendosas de todas. Pouco a pouco, porém, a situação mudou. Os médicos gregos que chegavam a Roma foram capazes de conseguir a simpatia dos cidadãos mais eminentes, de ser recebidos nas casas dos cônsules, de conquistar a proteção dos nobres romanos, e de ser tratados como os guerreiros mais valentes e os mais ilustres escritores. Muitos deles chegaram rapidamente à fortuna, e a vida requintada que ela lhes proporcionava ajudou-os a conseguir altas posições em Roma, onde a primitiva pureza de costumes já tinha sido corrompida pelos hábitos voluptuosos dos gregos e pelas vitórias nas guerras.

Em consequência não se vê mais a chegada de modestos médicos de aldeia à caça de fortuna mas, sim, a dos médicos mais ilustres atraídos pela glória da grande cidade, que se tinha tornado a capital do mundo civilizado. Como era necessário possuir o título de cidadão romano para viver em Roma, praticar livremente uma profissão e ocupar uma posição honrosa, eles dirigiam seus esforços especialmente nesse sentido.

nenhum médico, salvo em caso de urgência, tem o direito de sangrar uma moça, a menos que o pai ou a mãe, o irmão ou outro parente próximo esteja presente, que nenhum médico poderá entrar nas prisões a não ser acompanhado de um guarda a fim de evitar que um prisioneiro peça ou obtenha um veneno mortal. A lei fixa o preço das principais operações e do ensino médico e decreta que, salvo em caso de homicídio, o médico não deve ser conservado preso antes de ser inquirido.

Do mesmo modo que a filosofia, a princípio, revestida de misticismo e em seguida de neo-platonismo, proveniente das escolas de Alexandria, Antioquia e Capadocia, a medicina que se originou nas mesmas fontes, vivia naturalmente uma vida intelectual à sombra dos claustros, num período em que os bárbaros estavam executando a destruição do Império corrompido.

No sul da Europa, nesse período, existiam simultaneamente os médicos práticos que usavam os mesmos títulos e gozavam dos mesmos direitos que no tempo do Império e os sacerdotes que estudavam e praticavam a medicina. Mas, se os primeiros eram essencialmente os sucessores dos antigos médicos greco-latinos, pelo menos quanto à forma e tradição se não quanto aos estudos, progressivamente mais fracos, os segundos consideravam a medicina como uma forma mística de assistência dada mais à alma do que ao corpo e como uma obra de caridade onde o sacerdote nada mais era que o intérprete da vontade e do poder divinos de curar — atributo essencial do Salvador.

O ódio daqueles que viam na penetração grega um perigo para os costumes romanos, logo se levantou contra eles. Só mais tarde é que se pode falar de um verdadeiro ensino médico em Roma. Na época da República o ensino era dado de modo privado e sem nenhuma vigilância do Estado; a medicina fazia parte da cultura geral. Ateneu dizia que todo homem culto devia se interessar pela medicina, que era necessária a todas as profissões. Galeno escreveu sobre a nobreza conferida ao médico pelo estudo da filosofia. Com isso queria demonstrar que o médico deveria possuir todo o conhecimento necessário da vida e das suas manifestações; achava que um período de estudo, de pelo menos onze anos era preciso para atingir esse fim. Seu contemporâneo Tessalo declarava, por outro lado, que seis meses eram mais que suficientes para formar um excelente médico.

Em 46 a.C., Júlio César outorgou os direitos de cidadão romano a todos os médicos. Esse privilégio tão importante contribuiu muito para emprestar maior dignidade à prática da medicina. Foi nessa ocasião que se pensou na necessidade de organizar os estudos médicos, em virtude do perigo crescente do aparecimento de aventureiros e pseudo-médicos atraídos a Roma pela miragem do ganho fácil. O médico que completava seus estudos regulares era denominado "medicus a república". Grande número de escolas médicas forneciam profissionais para todo o Império Romano. Mas, na verdade, só no começo do terceiro século houve uma real organização do ensino médico, quando Alexandre Severo instituiu escolas especiais para o ensino da medicina. Esse

ensino consistia predominantemente na anatomia de animais, em particular de macacos e nos exames das feridas. Recomendava-se o estudo da botânica médica, tendo-se reservado alguns dos grandes jardins de Roma para esse fim. A instrução clínica se fazia na casa do doente, onde os discípulos iam acompanhando o mestre.

Na época do Império, mesmo os médicos famosos eram subservientes aos imperadores e chegavam até ao preparo de venenos.

Por volta do fim do Império, já havia o ensino público da medicina. Aqueles que ensinavam em Roma, mesmo que ali não fossem nascidos, gozavam de todos os direitos de cidadãos romanos.

Com a sistematização do estudo médico, foi regularizada também a posição social dos médicos. Eram considerados como altos funcionários, de elevada dignidade e recebiam enormes salários. Desempenhavam, além das atividades médicas, várias funções de ordem administrativa, inclusive a de fiscalizar outros médicos que praticavam numa província.

À medida que se acentuava a decadência do Império, melhorava a situação dos médicos que, na época dos últimos imperadores, contavam nas suas fileiras com os membros mais importantes da corte. Sua opinião pesava grandemente, não só em matéria de higiene como também nos mais importantes problemas políticos.

No domínio da ciência, a medicina latina não registra progressos notáveis que não sejam devidos aos médicos gregos. O que os romanos têm a seu favor na história médica é que apenas lá os médicos se constituíram numa classe protegida por lei, à qual o Estado dava garantias especiais. Pela primeira vez na história, os médicos chegavam às posições públicas mais importantes e tomavam parte na administração pública.

O direito de praticar a medicina era dado somente depois de determinadas garantias. Pela primeira vez, foi oficialmente reconhecida por lei a posição especial que as escolas médicas deviam ocupar na sociedade e no Estado.

De fato, foi Roma que retirou o médico da sua posição humilde e incerta, deu-lhe os direitos de cidadania, elevou-o ao topo da escala social e colocou em suas mãos a responsabilidade da saúde pública, sem a qual, conforme os conceitos latino e grego, não é possível imaginar uma verdadeira grandeza para o Estado.

3.5 - A Medicina Cristã Dogmática

A decadência do Império Romano se deve a várias causas, dentre as quais, desempenham papel importante, as epidemias que destruíram cidades inteiras, precedidas ou acompanhadas de inundações e terremotos, freqüentes na Itália nos primeiros séculos dessa era, e seguidas pela fome e pela seca. Roma foi assolada nos últimos tempos do Império por epidemias de malária que, literalmente, dizimaram a população. Também o tifo exantemático, a peste bubônica e a varíola castigaram Roma acometendo principalmente os soldados.

Esses flagelos paralisaram a vida política e social do Império, especialmente dificultaram o progresso da ciência médica.

O terror quase constante da morte causada por essas doenças, contra as quais todos os meios de cura eram inúteis e que derrubavam o indivíduo mais moço e mais robusto, abalava o moral da população no mais alto grau. O estado de abatimento em que ficava o país depois dessas epidemias, dava livre curso, como acontece sempre na época das grandes epidemias, às superstições e crendices, em particular entre as áreas mais ignorantes da população. Isso fazia o povo perder a confiança nos médicos e, como resultado de fenômenos que se repetiam periodicamente nas suas características essenciais, levava-o a uma fé cega. É nessa

época que florescem novamente o misticismo e a magia. Uma procura medrosa e angustiada do auxílio do sobrenatural é um fenômeno comum às crianças, aos doentes e às raças primitivas, quando vítimas de grandes desastres.

Comparados à miséria e aos grandes sofrimentos físicos e morais da época, os aspectos de redenção apresentados pela religião dos humildes, apareciam como uma luz brilhante. Assim, o Cristianismo exerceu um efeito extremamente importante, direta ou indiretamente, sobre o desenvolvimento da medicina desse período.

A fé se difundiu cada vez mais sobre um povo cuja sensibilidade mística tinha sido preparada por acontecimentos políticos e sociais e sobrepujou a especulação filosófica que já tinha sido minada pelo ceticismo. O desejo veemente de penitência e salvação que se espalhou pela humanidade sofredora, encontra sua expressão na fusão do pensamento médico com o religioso. O culto de Cristo, olhado como o Salvador de todos os males físicos e morais, suprimiu no povo o culto a Esculápio Salvador, culto esse que estava generalizado até o quarto século dessa era.

Em muitas representações clássicas dos primeiros séculos da era cristã, a face do Nazareno era evidentemente modelada sobre a fisionomia tradicional de Esculápio. A estátua do deus grego era algumas vezes carregada para o templo cristão e adorada como a imagem de Cristo. É desse modo que, da união de várias correntes, numa atmosfera da civilização que se dissolvia, a

medicina tornou-se, novamente, teúrgica. No culto do fiel, Cristo é o médico da alma e do corpo. O evangelho se preocupa com o doente; há descrições freqüentes de casos de doenças milagrosamente curadas pelo poder divino. Além do mais, era lógico que o Cristianismo combatesse o tipo de medicina praticada nos primeiros séculos dessa era, em que cada vez mais se recorria a práticas pagãs.

Formou-se assim, uma medicina religiosa cristã na qual a oração, a imposição das mãos, a unção com os santos óleos eram tidas como os remédios mais importantes, aos quais o fiel recorria exclusivamente, ou quase exclusivamente, ao procurar auxílio divino para os males do corpo.

A idéia cristã exerceu, pois, uma influência decisiva no desenvolvimento da medicina: dá um novo valor à vida humana, um conceito fraternal de igualdade e caridade que impõe a todos os fiéis os sacrifícios mais pesados com a finalidade de diminuir o sofrimento alheio. O exemplo dos primeiros cristãos, que durante as epidemias eram incansáveis ao tratar dos doentes arriscando a própria vida, é prova do valor e da força de justificação dessas idéias humanitárias que trouxeram a criação de uma série de instituições destinadas a cuidar dos velhos e dos doentes.

A influência do Cristianismo sobre a história da medicina desse período é também patente no fato de que atraiu e manteve os espíritos mais ativos e as inteligências mais elevadas, em tão

grande escala, que podemos dizer que a atividade intelectual convergia quase que exclusivamente para os problemas religiosos e para as questões éticas que deles derivavam. O exercício da medicina foi tido como uma obra de caridade. O interesse para com os problemas médicos e as investigações das causas das doenças pareciam um estudo inútil e quase culposos, numa época em que predominava o sentimento místico. No início do terceiro século, alguns cristãos foram acusados por seus correligionários de venerarem Galeno. Só mais tarde é que Galeno foi venerado, quase como uma autoridade canônica, pela própria Igreja Cristã.

A renovação do fervor religioso por um lado, e por outro, a influência das correntes orientais, desenvolveram, juntamente com a medicina puramente religiosa, uma medicina popular que seguia as concepções antigas, recorrendo ao culto dos santos.

Durante esse período, em que o espírito do povo mudou de rumo à procura de salvação, numa atmosfera de terror e medo, de dúvida e dor, acentuou-se rapidamente a decadência da ciência e da pesquisa.

O misticismo filosófico da decadência romana e o alvorecer do Cristianismo, juntamente com a crença generalizada nas superstições orientais misturadas com a mágica e a astrologia, criaram um estado de coisas em que a autoridade da Igreja logo se manifestou.

A Igreja afirmava solenemente o princípio de que os escritos canônicos deviam ser olhados como a autoridade suprema e indiscutível não só em matéria de fé como de ciência. A própria medicina orientou-se rapidamente nesse sentido. Os primeiros signatários da Igreja, como Euzébio - bispo de Roma -, exerceram a medicina nesse sentido. Pregavam a importância dominante da fé e reconheciam a completa autoridade do Nazareno, cujo evangelho era dirigido à humanidade sofredora à espera de salvação. O misticismo já era florescente em Roma e levava o povo, abalado por longas guerras e epidemias terríveis, ao culto de Esculápio, que manteve seu esplendor no segundo e terceiro séculos dessa era. O povo agora se dirigia para o Cristianismo, para o Salvador do corpo e da alma. Os sofredores acolhiam o cristianismo com nova fé e, por esse motivo vemos os padres da Igreja se dedicarem ao cuidado dos doentes com entusiasmo e piedade. O próprio fato de que milhares de indivíduos que sofriam no corpo e na alma se dirigissem para a nova religião e seus sacerdotes, explica suficientemente a necessidade de a medicina se tornar assunto importante para os eclesiásticos. O auxílio ao doente assumiu a maior importância para o pensamento cristão. O conceito verdadeiramente novo e dominante é que, doravante, a assistência ao doente é imposta como um dever, tanto do indivíduo como da comunidade - um dever ético e religioso do qual ninguém está isento.

Na epístola de S. Tiago lê-se: "Existe algum doente entre vós? Que chame os padres da Igreja e que esses rezem sobre ele,

ungindo-o com óleo em nome do Senhor" (V, 14). O cuidado supremo do doente está em última instância, entregue, muitas vezes, ao bispo; dele dependem diáconos e diaconizas que assistirão ao doente. Os hospitais públicos prosperavam por toda parte. O mais antigo deles foi fundado em Cesaréia por S. Basílio, em 370. Essas organizações primitivas usavam o nome de Xenodochion, Nosocomium ou Brephotrophium.

Logo se fizeram hospitais para viajantes e peregrinos e leprosários, especialmente no sul da Itália e em Constantinopla. Os enfermeiros eram encarregados de auxiliar os doentes e trazê-los para o hospital. Desse modo, no primeiro período de florescimento do Cristianismo, a medicina sofreu as modificações profundas que as novas condições sociais e políticas e a chegada do Cristianismo determinaram através de todo o mundo civilizado, em particular na bacia do Mediterrâneo.

Depois de sucessivamente ter sido empírica e sacerdotal, de se ter elevado às grandes culminâncias da pesquisa científica no período mais brilhante do helenismo, de se ter tornado experimental e filosófica nas grandes escolas de Alexandria, Sicília e Ásia Menor, de ter desempenhado um papel extremamente importante na política e na higiene do Estado no Império Romano, a medicina volta de novo, agora, no período de decadência romana, a se abrigar à sombra da Igreja. Sob a influência e o domínio do Cristianismo transforma-se em medicina dogmática, da qual o

primeiro artigo é a fé. Seu objetivo principal é a assistência ao doente, considerada como obra de piedade humana e divina.

4. A Medicina Monástica e Leiga

4.1 - A Medicina Medieval

Os primeiros séculos da Idade Média podem ser considerados como um período em que a Europa Ocidental, devastada por guerras e epidemias e invadida pelos bárbaros, conservou apenas a memória de sua grandeza passada, enquanto a civilização greco-romana desaparecera completamente, para reaparecer a princípio lenta e timidamente e, em seguida, com mais força.

O progresso das ciências, das letras, das artes, tinha sofrido um revés sério; o cristianismo, na sua disseminação rápida, mudara a direção da cultura, da literatura e da arte, mas ao mesmo tempo, conservara fervorosamente as obras antigas.

Pouco a pouco, a princípio naquelas partes do Mediterrâneo que tinham escapado à invasão e conservado as leis e costumes

romanos sob a dominação nominal do Império do Oriente, em seguida em Roma, que se tornava a capital do cristianismo e finalmente mais próximo dos Alpes - baluartes naturais contra os invasores estrangeiros - brotou uma vida livre e vigorosa. As antigas tradições se tornaram mais vivas, cōnscias de sua grandeza passada.

Até a época da conquista romana, a cultura médica dos germanos tinha sido a de um povo primitivo. A medicina era quase inteiramente mágica e demonista. Geralmente o médico (lachner) não era senão um feiticeiro que expulsava os demônios do corpo por meio de encantações e ritos simbólicos. Os deuses eram aplacados por meio de sacrifícios sangrentos e o sacerdote tocava o paciente com um dedo mergulhado no sangue da vítima. As ervas medicinais eram colhidas em dias especiais e com ritos mágicos. Pedras mágicas, frases mágicas, eram as bases dos tratamentos; amuletos de toda espécie protegiam as crianças e curavam doenças.

É especialmente digno de nota, na antiga medicina germânica, o papel desempenhado pelas mulheres, a quem recorriam para o tratamento dos doentes e sua assistência. Algumas dessas mulheres, chamadas sagoe, gozavam da reputação de possuírem poderes sobrenaturais. Só mais tarde é que os homens começaram a se ocupar da medicina.

Wotan era venerado como deus da cura. A medicina dos galoceltas era quase exclusivamente sacerdotal e confiada à

castas dos druidas, guardas da religião e da medicina assim como da ciência e da poesia.

O primeiro contato dos povos nórdicos com a medicina latina se fez por intermédio dos médicos dos exércitos romanos que trouxeram a esses países a teoria e a prática da medicina. Quando os germanos invadiram a Itália encontraram aí os monumentos da antiga cultura médica e logo compreenderam sua importância, passando a respeitá-la.

Ali existiu, naquela época, uma medicina leiga bem organizada, com competente curso de estudos e exames feitos por professores, antes que os candidatos tivessem que fazer o juramento. Essa medicina estava completamente separada do sacerdócio e o rei Ostrogodos aceitou completamente a legislação médica romana.

As leis góticas proibiam terminantemente o aborto provocado e as atividades dos feiticeiros; impunham penalidades graves àqueles que lançavam encantamentos sobre homens e animais, considerando-os como adeptos do demônio e condenavam, também, aqueles que pediam conselhos a feiticeiros a respeito de doenças. Na lei lombarda conhecida como Editto de Rotari (código diplomático lombardo) foi imposta a multa em prata por pancadas e sevícias aos empregados, quer de funcionários quer de camponeses, estando incluído no total o pagamento do médico. Na lei dos visigodos acerca da responsabilidade dos médicos está posto que

No sexto século, no momento em que se declaravam as longas lutas dos Ostrogodos e de Bizâncio e a guerra, a fome, a peste assolavam o país pior do que dantes, os estudos acadêmicos em todas as suas formas e manifestações, estavam exclusivamente reservados aos clérigos, porque a Igreja de Roma era a única poderosa o bastante para oferecer asilo seguro aos eruditos. A medicina literária se refugiou nas igrejas e claustros e o ensino médico da época, como aconteceu com a filosofia, teve abrigo e desenvolvimento quase que exclusivamente nos mosteiros.

Há ainda outro motivo para que a medicina da época seja monástica: de acordo com as tradições do Oriente e as instituições gregas, os hospitais eram construídos em torno dos mosteiros. Naqueles tempos de conflitos, não se podia encontrar a calma necessária ao cuidado dos doentes fora das ordens religiosas, que tinham sido capazes de conseguir o respeito dos homens de todas as facções. Assim floresceu a medicina monástica, fortalecida, posteriormente, graças às ordens de cavalaria como a dos Templários e dos Cavaleiros de São João.

A medicina monástica cresceu especialmente após a fundação por São Bento, de um hospital no mosteiro de Monte Cassino, que se tornou responsável pela conservação de importantes manuscritos médicos, pela conservação da tradição médica e pela disseminação do conhecimento médico por todos os mosteiros da Europa. Aos beneditinos deve-se a iniciativa da fundação das escolas-

-catedrais de Carlos Magno, nas quais a medicina foi ensinada desde o princípio.

Considerando o ensino médico e a prática da medicina na Europa, nos primeiros séculos da Idade Média, observa-se, por um lado, a existência de uma medicina leiga que seguiu as antigas tradições romanas e se apegou rigorosamente ao ensino dos clássicos e, por outro lado, a existência de uma medicina eclesiástica que tinha seu centro nos mosteiros. Graças à influência da Igreja e de seus sacerdotes fundaram-se escolas na França, na Inglaterra, na Alemanha e na Itália. Nessas escolas eram ensinadas as sete artes liberais e a medicina tinha seu lugar ao lado delas.

A literatura médica era toda eclesiástica, porque os sacerdotes eram os únicos que sabiam escrever e ler os textos antigos. Essa medicina monástica conservou a tradição do saber antigo e reuniu, nos pequenos hospitais próximos dos mosteiros, os tesouros do conhecimento antigo, carinhosamente mantidos, numa época em que terríveis tempestades assolavam a Europa e poderiam tê-los destruído. O declínio da medicina monástica, no século X, foi devido a várias causas. Seu êxito fazia com que os monges ficassem cada vez mais fora de seus mosteiros e afastados de seus deveres religiosos, de modo que vários concílios da Igreja (especialmente os de Reims, 1131, Inocêncio II; Tours, 1163, Alexandre III; Paris, 1212, Inocêncio III) restringiram as atividades médicas e por fim, as proibiram inteiramente. A nova

ordem dos Cistercienses, destacada da ordem de São Bento, e seu mais notável representante S. Bernardo, cuidou mais da agricultura e da reforma moral do que da erudição. Outra circunstância importante foi o advento das ordens dominicana e franciscana, no século XIII, ambas abertamente hostis a todas as atividades científicas. Outros fatores foram o aparecimento das escolas-catedrais e o crescimento das grandes cidades e universidades no século XIII.

4.2 - A Escola de Salerno

A proibição aos monges e clérigos regulares da prática da medicina e posteriormente a proibição até mesmo aos eclesiásticos seculares de atividades médicas, proibição essa estabelecida em concílio, trouxe cada vez mais o exercício da medicina para as mãos dos leigos. Por volta do início do século XIII, quando as primeiras universidades estavam sendo fundadas, a medicina se tornou quase inteiramente uma atividade leiga.

A Escola de Salerno marca o início e o florescimento do ensino leigo, depois de ter sido exposta, em seu início, à influência da medicina monástica. As antigas escolas monásticas da Idade Média, tinham atividades limitadas ao estudo de uns poucos textos clássicos e à produção de textos mais simples,

cujas propriedades médicas eram cuidadosamente estudadas. Pode-se, por isso, lhes atribuir o mérito de terem conservado as tradições médicas no refúgio do claustro e pregado, pela caridade cristã, a atenção e o respeito para com o doente e os fracos.

No curso dos séculos XII e XIII, a reputação da Escola de Salerno, que foi tida como o centro do ensino médico, se espalhou pelo mundo civilizado. Só a ela é que Frederico II deu o direito de conferir aos médicos autorização para praticar a medicina, dizendo que o estudo de anatomia no cadáver devia se constituir numa parte importante do ensino. Ninguém podia praticar a medicina sem aprovação do Colégio Selérnico e, depois de ter completado um curso de cinco anos, o médico ainda tinha um ano para praticar sob a orientação de um médico experiente.

Na legislação da saúde pública, nas províncias de Nápoles e Sicília, Frederico II seguia as recomendações da Escola de Salerno, e em 1267 Carlos de Anjou reafirmava sua importância quando reorganizou o sistema de ensino. Isso inicia o período de decadência da Escola de Salerno. Se bem que ainda desfrutasse de renome universal, como se vê no decreto de Ladislau da Hungria (1413) que dava privilégios especiais a seus professores, a Escola se aproximava do seu fim. Em 1811, um decreto napoleônico suprimiu-a. No entanto, por longo tempo ela só vinha tendo existência nominal.

A Escola de Salerno, pode-se concluir, teve o extraordinário valor de apresentar o primeiro exemplo de uma escola leiga na qual homens de todas as religiões e nacionalidades trabalhavam juntos para um fim comum. Ali a hospitalidade estendia-se a árabes e judeus, que trouxeram sua contribuição especial de ensino e trabalho; ali se introduziu pela primeira vez o título oficial de Magister e logo depois começou o hábito das formaturas solenes. É em Salerno que vemos pela primeira vez na Itália uma organização sistemática do estudo médico. Quando as jovens universidades começaram a aparecer pela Europa, durante a Renascença, ela tomou uma forma nova e definitiva.

Foi a Escola de Salerno que conservou o conceito hipocrático de patologia e deixou a medicina nas mãos de um laicato, independente de doutrinas dogmáticas. Foi em Salerno que se concentrou a atividade daqueles eruditos que, com espírito crítico, interpretaram os textos antigos para o ensino dos seus discípulos. E, finalmente, foi em Salerno que se criou aquela classe de médicos leigos que teria o papel mais importante na medicina da Renascença, porque foram eles que começaram a luta contra a medicina escolástica e se prepararam para a medicina nova.

Nas praias da baía de Paestum, como em Cós, na antiga Grécia, mestres e discípulos, preocupados sobretudo com o bem-estar do paciente, se reuniam ao contato constante com o

sofrimento humano, alheios às discussões especulativas ocas, às superstições e à astrologia. Ali se desenvolveu um tipo clínico de ensino que pode ser animador das atividades desbravadoras e fecundas das universidades da Renascença.

4.3 - As Universidades e o Humanismo

Quando a dinastia Anjou seguiu-se à dos Normandos e Carlos I de Anjou se tornou rei de Nápoles e Sicília, o desejo de conhecer os clássicos e de reunir um número cada vez maior de manuscritos preciosos, se tornou cada vez mais ardente naquela região, em que as tradições clássicas da Grécia não tinham sido completamente destruídas.

Juntamente com essa corrente de caráter eminentemente leigo, uma outra, não menos importante, exerceu sua influência sobre o desenvolvimento da civilização, da ciência e da arte, e, conseqüentemente, sobre a evolução da medicina. Foi a corrente do pensamento escolástico que, sob o estímulo da Igreja - que ao mesmo tempo que fortalecia seu poder político estendia rapidamente seu domínio sobre as coisas da inteligência - monopolizou toda a atividade didática e dominou mesmo todo o pensamento. A filosofia aristotélica impelida para a órbita do

Cristianismo, chegou a ser o centro do qual decorreu a doutrina de Tomás de Aquino - chefe espiritual dessa tendência.

A história da medicina desse período sugere constantemente a presença dessas duas grandes correntes que, ora caminham juntas, ora separadas.

Do mesmo modo que os primeiros pintores do século XIV, se bem que ignorantes da anatomia e das leis de perspectiva, foram os precursores dos grandes mestres do Renascimento, como aqueles humildes escritores sicilianos e toscanos do "dolce stil nuovo", assim os médicos daquela época, embora ridicularizados por Petrarca, o profeta do humanismo e do Renascimento, foram os intermediários simples mas inestimáveis, os precursores desconhecidos e indispensáveis dos dias gloriosos do Renascimento.

As lutas entre as forças opostas foram mais patentes nas universidades que surgiram no século doze e alcançaram seu maior desenvolvimento no século treze.

Juntamente com as catedrais suntuosas, constituem as universidades a maior glória da Idade Média. A sua criação, uma das contribuições mais importantes à cultura de todos os tempos, foi possibilitada em grande parte pelo crescimento das cidades medievais e o acúmulo, nelas ou próximo a elas, de riqueza e poder.

As universidades mais antigas originaram-se, provavelmente, das antigas escolas latinas que sobreviveram à decadência do Império, mas não tiveram organização real até o fim do século XIII. No conceito primitivo, a palavra "universitas" indicava só a corporação dos estudantes que acompanhavam os cursos, corporação que, as comunas e os governantes procuravam auxiliar por todos os meios, concedendo-lhe os maiores privilégios. Havia escolas nas quais só se ensinava medicina. Em outras, indicadas pela expressão "studium generale", ensinava-se também direito, teologia e filosofia.

A organização das diversas universidades e sua base legal variavam de acordo com suas origens. Havia universidades sustentadas pelas comunas como, por exemplo, a Universidade de Bolonha que era governada por uma organização autônoma e democrática: o reitor da universidade era eleito pelos estudantes. Juntamente com as corporações de estudantes foi criada, posteriormente, a corporação de professores ou mestres, que usava o nome de "Collegium Doctorum" e tinham o "Jus promovendi" - isto é, o direito de conferir o título que autorizava o exercício da medicina. A divisão em diferentes faculdades foi feita em época posterior e por meios diversos. Nas mais importantes universidades italianas como a de Pádua, os estudantes de medicina pertenciam à Faculdade de Artes.

Outro tipo de universidade foi aquela fundada na Espanha e que era verdadeiramente a universidade do Estado, dirigida pelo

governante ou seus representantes e sujeita aos regulamentos que ele promulgava.

Um terceiro tipo de universidade é o de Paris e das universidades inglesas, que estavam diretamente dependentes das autoridades eclesiásticas. Em todas as universidades, entretanto, o Papa e seus representantes tinham o poder de fiscalizar; nos primeiros períodos os professores eram quase todos clérigos e a instrução teológica dominava o espírito universitário.

Nenhum studium podia ser instituído sem permissão expressa do Papa, que tinha sempre o direito de intervir em matéria do ensino.

Desde logo tornaram-se patentes, nas várias universidades, tendências extremamente diferentes, de acordo com os mestres que ali ensinavam e as franquias de que gozavam. De um lado estavam as maiores e mais célebres universidades, que obtinham das cidades dos príncipes grandes privilégios e tomavam cada vez mais o caráter de corporações fechadas, constituindo um pequeno Estado dentro do Estado, sobre o qual o braço da Igreja exercia seu poder. Aqui, a ciência se cristalizava progressivamente nas formas rígidas da escolástica. Nem a observação clínica, nem as tentativas de investigação experimental podiam ter a menor influência sobre esse edifício sólido. Do outro lado estavam as universidades em que predominavam as tendências leigas, onde se

podia verificar, obviamente, um movimento no sentido de se afastar do dogmatismo.

Assim, a medicina mergulhada por um tempo na escolástica, estava se preparando para progredir no sentido da pesquisa e da observação. Enquanto se preparava para a grande empresa das Cruzadas, o Ocidente recebia de centros como Toledo, os escritos de Aristóteles e o Almagesto de Ptolomeu, traduzidos em Bolonha pelos doutores em filosofia. A ciência médica que sempre necessariamente tinha de ser lógica, especialmente em seus contatos com a observação da natureza, patrocinou grande parte do movimento que se iniciava, de ataque à ciência a priori. Foi através das traduções dos livros de Hipócrates e de outros gregos que o primeiro sopro de humanismo chegou ao Ocidente.

Quando Dante, Boccaccio e Giotto traziam contribuições importantes à literatura e às artes italianas, também a medicina do século XIV deixa a escolástica para uma visão mais clara da realidade objetiva.

Nesse período ocorreu uma série de acontecimentos que tiveram as mais sérias conseqüências para o desenvolvimento da civilização da Europa: as epidemias assolaram o mundo de forma como ele nunca havia sido atingido, e jamais o foi de maneira sequer aproximada. A principal dentre elas foi a pandemia de peste bubônica, conhecida como a Morte Negra. Mas havia também a lepra, o escorbuto, a influenza, o ergotismo, a coréia epidêmica,

a febre miliar que devastavam a Europa. Se bem que fossem, na época atribuídas a forças humanas ou sobrenaturais como os venenos, as secas, os temporais, os astros, sabemos hoje que, esse estado de coisas se deveu à falta de higiene das cidades medievais, à mistura de populações devido às guerras freqüentes. A "morte negra" que assolou quase todo o continente, reduziu cidades florescentes quase a desertos. A estagnação da vida social e econômica que isso determinou, teve também influência sobre a evolução da medicina, impondo a necessidade de novas diretrizes e de novos estudos, especialmente quanto às medidas de defesa. Essa é a peste, vivamente descrita por Boccaccio, que se manifestava muitas vezes sob forma pulmonar e que, como é habitual nas epidemias, recrudescia periodicamente porém de formas menos violentas e que davam lugar a uma abundante literatura médica e leiga. Pela primeira vez na história promulgaram-se leis de defesa contra doenças infecto-contagiosas.

Dentre os resultados econômicos decorrentes desses profundos abalos estão a disseminação da corrupção, o aumento rápido dos crimes, do desemprego, o aparecimento súbito de um movimento anti-semita, especialmente na Alemanha, e finalmente o aparecimento dos flagelados. Todos esses fenômenos, que se espalham rapidamente nas esteiras das epidemias, são característicos de qualquer grande flagelo que abale a humanidade e, assim é, como se a história pudesse ser fracionada dessa forma.

Impelida pela necessidade das pestes, a literatura médica se apresenta no século XV com um progresso notável, especialmente no que diz respeito à higiene pessoal. Coincidindo com o desenvolvimento do humanismo, as dissecações, feitas de modo cada vez mais freqüente, preparavam a ressurreição da anatomia, com um movimento no qual o médico desempenhou papel da maior importância e que resultou no reconhecimento da cirurgia e no grande progresso da farmacologia.

O amor pelas ciências naturais, especialmente pela botânica, se constitui em uma das características do humanismo nesse período. Essa tendência se reflete na medicina, favorecendo sua evolução até a publicação dos primeiros livros impressos com ilustrações. Essa literatura surgiu do desejo dos governantes de terem à mão o conselho de um médico de confiança, mesmo que ele estivesse longe no momento. A maioria dos médicos mais conhecidos, tornaram-se autores de livros de conselhos, graças ao surgimento da imprensa.

4.4 - A Prática da Medicina Leiga

Durante a segunda metade do século XV, com as primeiras manifestações do humanismo e a volta ao estudo dos clássicos, acentuou-se cada vez mais a tendência das universidades no

sentido de um tipo leigo de medicina. A instrução universitária estava bem organizada e, ainda que se cogitasse pouco sobre a instrução prática, já se processavam os primeiros ataques à astrologia e à magia e o ensino da anatomia era feito regularmente.

A prática da medicina, nos últimos séculos da Idade Média desenvolveu-se rapidamente, seguindo as orientações salérnicas e estava inteiramente fora das mãos dos religiosos. Os médicos começavam a se organizar em uma corporação ciosa dos seus direitos e protegida pela lei. Foi nessa época que se formaram as "corporações", com estatutos rigorosos, garantindo que ninguém podia exercer a profissão sem possuir o conhecimento necessário e ter feito os estudos indispensáveis. Na mesma época reconheceu-se a necessidade de hospitais onde pudessem ser tratados os peregrinos, os soldados, os estrangeiros, os artesãos, etc. No final do século XV, os hospitais já estavam bem organizados e, especialmente, nas cidades italianas de maior porte, foram erigidos, para receber os doentes, edifícios magníficos com esculturas notáveis.

Desse processo de institucionalização e de organização que envolvia hospitais e corporações médicas, obteve-se como resultante, que o médico deveria obter licenciatura universitária e título de mestre para que pudesse exercer livremente a sua arte, onde desejasse. O título de doutor era reservado aos professores. Como se pode observar em telas da época, o médico ia

à farmácia para ordenar as drogas que o doente deveria tomar, apontando-as com seu bastão. Só muito mais tarde, no Renascimento, é que se espalhou o hábito das prescrições escritas. As cidades maiores tinham médicos municipais, que eram responsáveis pelos doentes indigentes e pela vigilância das leis sanitárias. Os médicos, como os tabeliões, os professores e os magistrados, eram admitidos ao serviço da cidade por meio de um contrato especial e muitas vezes surgiam lutas graves entre governantes, para conseguir para si algum médico ilustre.

A remuneração dos médicos na Idade Média era muitas vezes considerável. Os mais prósperos, de larga reputação, acumulavam fortunas e pediam honorários elevados. Até os que não gozavam de grande renome podiam viver folgadoamente, tornavam-se proprietários de terras e possuidores de valiosos objetos de arte.

As regras éticas proibiam o médico de fazer um prognóstico grave sem consultar um colega. Aplicavam uma multa ao médico que falasse mal do outro em público. A prática da medicina estava inteiramente na mão dos leigos. É nessa época que se encontra um corpo de leis profissionais tão bem elaborado e tão adequado que se manteve, em grande parte, até há algumas décadas atrás.

Os médicos mestres ou doutores em medicina não se dignavam a praticar a cirurgia que era considerada uma arte inferior e indigna dos eruditos. Eles davam conselhos cirúrgicos, mas a

cirurgia propriamente era deixada para os cirurgiões e barbeiros. O cirurgião desse período não possuía dignidade universitária. Enquanto os médicos eram considerados acadêmicos e prestavam serviços a papas e príncipes e ocupavam cátedra universitária, os cirurgiões pertenciam a uma hierarquia inferior. Iam de uma região para outra praticando intervenções de hérnia e catarata, operações às vezes graves e difíceis, que requeriam um alto grau de habilidade e profundo conhecimento da sua arte. Dos consultórios dos cirurgiões, onde aprendiam os rapazes que desejavam se dedicar à arte, saíam homens que ignoravam as posições escolásticas mas, com frequência, muito hábeis. O contraste entre médicos e cirurgiões era tão grande que no século XIV, o estudante de medicina, em Paris, tinha de jurar que nunca praticaria nenhuma operação cirúrgica.

Esse é o estado da arte de curar, na Europa, por volta do fim do século XV. Executara-se um trabalho preparatório muito valioso, se bem que o ensino seguisse estritamente os textos clássicos e a medicina fosse governada de preferência por uma tradição conservadora e não pelo espírito de observação. Com o saber nas mãos dos leigos, as universidades abriam suas portas às novas doutrinas que tendiam a libertar a medicina dos seus antigos laços. A volta aos textos clássicos advogada rigorosamente pelos humanistas, pôs o mundo ocidental em relação íntima com o helenismo. Se, por um lado o uso dos clássicos em sua forma original pode parecer que lhes fortalece a autoridade e torna qualquer estudo ou crítica, que se afaste deles, mais

vulnerável, por outro lado esses textos clássicos estimulavam a admiração pelos eruditos, que encontravam neles um raciocínio sadio, uma observação aguda e aquela liberdade de observação e crítica que parece ter sido esquecida nos séculos intermediários. A Europa ocidental começou a compreender que, muito mais que as máximas dos clássicos, o espírito que ditava essas máximas é que deveria ser apreciado. Do humanismo é que surgiu, essencialmente, um espírito de crítica fértil e livre que floresceu tanto na medicina como na arte; juntamente com o desejo de ver novas coisas e pensar por si, em vez de curvar-se docilmente ante as asserções dogmáticas da escolástica. O humanismo é definido por J.A. Symonds como "uma percepção justa da dignidade do homem como ser racional, volitivo e sensitivo, nascido sobre esta terra com o direito de usar e gozar da mesma". É dentro desse espírito que deve ser procurado o principal fator do renascimento da medicina - uma revivência que foi preparada pelo fim da Idade Média com os primeiros estudos nos cadáveres e os primórdios da observação clínica que são característicos do humanismo.

A arte deu também um ar de nobreza e beleza à medicina. Os quadros dos grandes pintores que adornavam os hospitais recordavam milagres de santos, reproduziam cenas médicas interessantes ou mostravam gravuras nítidas de figuras anatômicas - tudo isso abria o caminho da medicina para o Renascimento.

5. A Medicina Científica Renascentista

5.1 - As Ciências Biomédicas no Renascimento

Esse notável período de transição, da civilização medieval para a moderna, tem sido definido pelos historiadores como "a geral". Está ligada a um tal número de acontecimentos da maior importância, dentro do curto prazo de meio século, que constitui uma das mudanças mais surpreendentes da nossa civilização. Mas, seria não só impossível como errado, fixar com precisão, determinada data histórica para o início da renascença, pois, já no século XIV, se tinham notado tendências e pontos de vista característicos da nova era, enquanto persistiam fortes influências dogmáticas mesmo no período habitualmente chamado Renascimento.

Se o Renascimento não pode mais ser tido, como o foi por longo tempo, como um período da história em que o espírito crítico subitamente se tornou completamente autônomo e as artes, a ciência e a literatura brotaram magnificamente em solo árido e quase deserto, não se pode negar que nessa época se passaram, simultaneamente, acontecimentos que foram decisivos na história do pensamento humano. Esse período produziu o duplo fenômeno de uma volta a um passado clássico (preparada no século XV pela nova

concepção da dignidade humana, liberta dos liames da escolástica eclesiástica): a revivência da individualidade, manifestada pelo interesse renovado pelo corpo humano e sua beleza, uma lembrança da Grécia clássica, e o desejo de liberdade de pensamento e de expressão que não puderam ser contidos. Esse foi o momento em que o sistema de Copérnico estava abalando um dos dogmas básicos da escolástica medieval, as guerras civis firmando o direito do povo a um governo livre baseado no modelo das antigas repúblicas, a descoberta da América abrindo horizontes aparentemente infinitos ao comércio, à navegação e à exploração e a conquista de Constantinopla pelos turcos dirigindo para o ocidente as idéias, livros e homens versados nas antigas tradições gregas.

Quando Lutero proclamou sua rebeldia contra a autoridade da Igreja Romana e começaram as guerras religiosas que duraram séculos, iniciava-se também o período histórico em que o pensamento assumia suas verdadeiras funções críticas, a ciência invocava o auxílio da experiência pessoal e a arte iniciava um desenvolvimento de tal maravilha até então desconhecida.

No meio de um tumulto de novos sentimentos, sensações e idéias, surgiu o conceito, segundo o qual, o homem é o centro do pensamento humano, e a tradição clássica de beleza humana voltou com todo seu vigor. Esse conceito despedaçado pelos primeiros cristãos e quase esquecido, reviveu pela descoberta das estátuas clássicas, que foram admiradas até quase à adoração pelo povo e pelo estudo dos antigos poetas cujos versos, após séculos de

abandono, mais uma vez deleitavam os homens nessa aurora ocidental que se seguiu à noite de sofrimentos e guerras, pestes e fome.

O ponto de vista cristão que fazia da doença um castigo para o pecado, cedia lugar à idéia helênica segundo a qual a doença é uma falta de harmonia que a natureza podia curar - idéia que emanava de um conceito hedonístico da vida. O princípio que levava a considerar a morte com horror ou com indiferença resignada é sobrepujado pela volta a um desejo de viver e gozar a vida. O sentimento que considerava um sacrilégio a dissecação de cadáveres olhando-os como impuros e abomináveis, foi substituído por um pensamento que é, ao mesmo tempo antigo e novo: que só pelo estudo real do próprio corpo humano se poderia conhecer a beleza perfeita; que não poderia ser artista quem não entendesse do corpo humano e que ninguém seria digno de descrevê-lo sem que tivesse dedicado um estudo intensivo a esse assunto. Assim como nos primeiros tempos a medicina nascera do horror e fora fortalecida pela fé, depois a medicina hipocrática assentara-se na filosofia; na Idade Média, ainda conservando uma dose de vitalidade na tradição popular, se tornara escrava da teologia e da escolástica, assim, na renascença do pensamento humano, a medicina seguiu um caminho paralelo ao da arte e da literatura. Esse lugar lhe foi preparado pelo estudo da anatomia, estimulado por um novo conceito de arte e pela livre consciência da crítica individual. O desejo de viver foi um estímulo para investigar os

mistérios mais profundos, tal como a questão da morte, que tinha de ser resolvido, para se explicar a questão da vida.

O Renascimento assumiu formas diversas nos diferentes países. Na Alemanha e no Norte, do mesmo modo que Lutero se esforçou para abolir a beleza clássica e a beleza antiga, Paracelso provocou uma violenta revolução contra a autoridade dos antigos. Na Itália os conflitos foram menos violentos. No terreno cultural o Renascimento se apoiava em homens como Machiavelli, profundo historiador e político de sua época, cujos escritos refletem as deficiências e virtudes do Renascimento. Na medicina foi a nova anatomia que conduziu a rebeldia contra a escolástica e deu impulso à aspiração do Renascimento para a beleza.

Nessa preparação para o renascimento da medicina, é altamente significativo que um dos maiores precursores do movimento tivesse corporificado em sua personalidade todos os caracteres do Renascimento. É ele Leonardo da Vinci, o maior artista da sua época, pintor, escultor, grande cientista, arquiteto, geólogo, físico e engenheiro mecânico, deixou também traços indeléveis no terreno da biologia. Seus manuscritos revelam numerosas invenções para cuja descoberta o mundo teve muitas vezes que esperar séculos.

Leonardo executou disseções cuidadosas - cerca de trinta disseções em homens e mulheres de várias idades, das quais dez, só para o estudo das veias. Começou seus estudos anatômicos sem

se incomodar com Mondino ou Galeno e, por conseqüência, sem dar a menor atenção à tradição escolástica.

Estudou os músculos e os ossos cuidadosamente, fez cortes nos cérebros. Tinha uma idéia clara da respiração e estudou todos os aspectos da circulação; se bem que não tivesse resolvido o grande problema da circulação, derrubou muitas das falsas afirmativas dos seus predecessores e indicou as linhas mestras para o progresso no estudo do cadáver e na experimentação racional.

Durante a Renascença vários anatomistas contribuíram para o progresso espantoso dessa disciplina como, por exemplo, Falópio e Eustáquio. Mas a direção da anatomia permaneceu na Itália uma vez que ali era fácil obter material para dissecação, pois os juizes condenavam os criminosos a um gênero de morte que melhor se adaptava às disseções subseqüentes e muitas vezes mudavam a forma da pena capital de forma que o cadáver servisse melhor aos fins dos anatomistas.

Foi o progresso em anatomia que determinou os primeiros avanços em fisiologia. Depois de conhecida a anatomia dos ossos, das articulações, das cartilagens e dos músculos, suas funções foram investigadas com conceitos diferentes dos teleológicos que dominavam até então. Foram estudadas nesse período a fisiologia da visão, a motilidade da pupila, as funções da respiração e da fala. O capítulo mais interessante da fisiologia no Renascimento

é, sem dúvida, aquela que diz respeito à circulação do sangue. Até essa época acreditava-se que fosse o fígado o centro da circulação do sangue. Só neste período passou-se abordar o coração como o centro do sistema circulatório.

No campo da anatomia patológica, o século XVI pode ser tido como um período de preparação. As numerosas disseções, cuidadosamente feitas e seu uso no ensino médico foram os fatores principais no desenvolvimento dessa disciplina. Os professores das universidades passaram a fazer disseções com o objetivo de pesquisar e mostrar aos alunos a origem das doenças.

5.2 - A Prática Médica Renascentista

Durante o Renascimento, a ciência médica e depois o exercício da medicina ficaram inteiramente em mãos seculares. A melhora da posição econômica da Europa ocidental, a disseminação dos conceitos higiênicos pelos Estados melhor organizados e a introdução de muitas medidas de saúde pública, tudo isso trouxe grande progresso para a prática e a condição social do médico. Os médicos pertenciam às classes mais abastadas e viviam bem. Às vezes trabalhavam por contrato em condições vantajosas. Eram requisitados para organizar "consilia médicos" e regulamentos, em casos de epidemia.

As farmácias eram visitadas regularmente para que fosse vigiada a qualidade de seus medicamentos. Em vários países usava-se uma tarifa constante para os serviços médicos. A cirurgia começou a ser praticada por doutores em medicina, professores das universidades. Os cirurgiões desfrutavam de grande reputação embora não tivessem cultura acadêmica. O rei de França tinha doze cirurgiões em torno de si, mas os mais importantes eram os que acompanhavam os exércitos, sendo contratados por campanha. A medicina militar ocupava especialmente a atenção dos chefes militares e chefes de Estado, desde o fim do século XV, com o grande uso de armas de fogo, que a princípio se pensou fizessem feridas envenenadas e posteriormente desencadearam grande atividade e progresso dos cirurgiões.

Foi durante a renascença que os médicos se tornaram eruditos. Dedicaram-se à observação da natureza depois de se terem emancipado da metafísica. Os maiores médicos tinham conhecimento profundo da literatura clássica e eram freqüentemente humanistas e literatos. Muitos eram colecionadores de trabalhos de arte e políticos eminentes. A pintura e a literatura da renascença os pintam com vestes suntuosas, expressão grave e circunspecta, no ato da dissecação ou a estudar textos antigos. Na sociedade o médico ocupou posição importante. Era freqüentemente amigo íntimo de príncipes cultos como Cosimo de Medici e de artistas como Leonardo da Vinci e Miguel Ângelo. Para os médicos eram impressas as edições mais valiosas dos livros.

Concluindo, pode-se dizer que o pensamento médico evoluiu rapidamente durante o Renascimento com a substituição dos rígidos sistemas de Aristóteles pelo neo-platonismo. A ciência avançou a passos largos e certos para a objetividade da observação e da experimentação.

5.3 - O Ensino Médico nas Universidades

Durante o Renascimento, Pádua alcançou seu clímax, recebendo muitos estudantes estrangeiros que estavam organizados em várias "nações" (alemã, inglesa, polonesa, húngara, etc.), as quais exerciam uma influência considerável sobre a vida acadêmica.

O senado da República Veneziana apreciava a importância política da universidade e outorgava-lhe muitos privilégios. Abria suas portas a todas as religiões e recusava-se a admitir as restrições das universidades religiosas quanto ao método de estudo e ao grau de doutor. Os estudantes eram bem recebidos na universidade e em toda a República. Tanto os protestantes como os judeus gozavam de toda liberdade. Em vão os jesuítas tentaram fundar uma universidade própria em Pádua, em 1591. Quando o Papa Pio IV em sua bula In Sacrosanta (1565) decretou que o grau só podia ser conferido aos católicos, o Senado de Veneza, de acordo

com a política religiosa da República e afirmando sua absoluta soberania também em matéria cultural, nomeou um procurador que tinha poderes para conceder o grau, independente da crença religiosa do candidato.

Os não católicos geralmente recorriam aos condes palatinos, aos quais os imperadores tinham dado o privilégio de conferir graus acadêmicos. Em 1616, como resultado de uma questão com a Igreja, o Senado de Veneza deliberou fundar um Collegio Veneto, no qual os graus eram conferidos "auctoritate veneta". São esses os primeiros diplomas, propriamente tidos como diplomas de Estado.

A Itália era nesse período o grande centro das artes e das ciências. A constituição das suas universidades punha uma grande força nas mãos dos estudantes, os quais elegiam seus próprios reitores e outros funcionários da universidade, chegando até a dirigir seus programas, numa época em que o resto da Europa estava mergulhada nas guerras de religião.

Havia considerável rivalidade entre as várias universidades para conseguirem os mais famosos mestres, de modo que era pouco comum um professor que permanecesse muito tempo na mesma universidade. Apenas no final do século XVI uma cadeira especial foi criada para cada disciplina da área médica. Estava sendo dado mais um passo na direção das especialidades, embora em algumas escolas isso só tenha ocorrido no século XVIII.

CAPÍTULO II

Do Diálogo ao Discurso Médico

1. A Revolução Industrial - O Cientificismo e o

Tecnicismo na Medicina

A partir do século XV surgiram na Europa os movimentos de unificação dos territórios e de centralização do poder, levando ao aparecimento de Estados conduzidos por monarcas absolutistas. O surgimento do mercantilismo foi derivado da intenção desses monarcas de formar um Estado poderoso e rico.

O mercantilismo era exercitado a partir de uma política democrática de aumento populacional, posto que, um grande contingente humano levaria ao incremento da produção e à formação de exércitos poderosos.

"As medidas referentes ao enquadramento da população no processo de reorganização social durante o mercantilismo, constituem o elemento de reestruturação no campo médico. A população já não aparece mais como uma massa dispersa de indivíduos sobre um território: começou a adquirir estatuto de povo, do grupo nacional. Ao desenvolvimento dos conceitos de "povo" e "nação" corresponde uma conceituação progressiva do Estado como representante do interesse geral" (ROSEN: 1980,169).

A essa época e em especial a partir do século XVIII, o mundo europeu se encontrava sob o clima do iluminismo. Os filósofos iluministas aderiram firmemente ao conceito de que a razão pode apreender o universo e subordiná-lo às necessidades do ser humano. E a ciência, que havia descoberto leis naturais que agem no mundo físico, poderia descobrir leis similares ao mundo social. Esse pensamento iluminista criou no mundo europeu um clima de opinião, que permitiu o desenvolvimento dos paradigmas que antecederam a medicina científica.

Isso só ocorreu porque, contrário à Idade Média, passou-se a reconhecer que o aumento populacional e sua utilização eficaz dependiam, diretamente, da atenção dada aos problemas de saúde. Ao mesmo tempo, a ação no campo da saúde poderia reforçar e consolidar o Estado emergente.

Nesse contexto, surgiu na Alemanha a política médica que se constituiu no "conceito referente às teorias políticas e práticas originadas da base política e social do Estado alemão absoluto e mercantilista, nos séculos XVII e XVIII, para agir na esfera da saúde e bem estar e para assegurar ao monarca e ao Estado, poder e riquezas crescentes" (ROSEN: 1980, 172).

Toda a Europa foi influenciada pelo movimento de política médica, embora tivesse adquirido características diversas, especialmente na Inglaterra e na França. Nesses países, onde o capitalismo industrial já se consolidara no final do século XVIII, o processo de integração nacional se fez sob o controle da burguesia emergente. Fora da Alemanha o conceito de política médica limitou-se às áreas da comunidade em que a ação governamental era aceita com facilidade, especialmente no controle de doenças transmissíveis e no saneamento do meio ambiente. Na França e na Inglaterra o componente político da Medicina foi suavizado e ligado apenas a medidas sanitárias de desenvolvimento urbano e de melhoria das condições de trabalho.

A política médica gerou uma análise sistemática dos problemas da saúde comunitária, o que influenciou na produção de um corpo de conhecimentos sanitários sistematizados.

Ao estudar a história da medicalização, FOUCAULT (1977) recupera as três etapas da formação da medicina social e que constituíram os antecedentes da medicina científica: a política

médica alemã ou medicina do Estado, a medicina urbana francesa, e a medicina da força de trabalho ou o sanitarismo inglês.

1.1 - A Política Médica

No início do século XVIII se desenvolveu na Alemanha, mais que em outros países europeus, a política médica, principalmente porque lá surgiu uma ciência do Estado. A política médica nasceu, portanto, sob o influxo da variante alemã do mercantilismo, ou seja, o cameralismo.

Este se apresenta em duas dimensões. A primeira, a das idéias ligadas às práticas de centralização da administração e da política econômica dos monarcas absolutistas e, a segunda, a do surgimento de uma ciência política voltada para uma visão sistemática dos serviços administrativos.

Inerente ao cameralismo, o conceito de política, significa a constituição ou administração de um Estado, especialmente no que se refere às questões de segurança, bem-estar, prosperidade, moral e saúde pública. A idéia de política tem uma dimensão importante no campo da saúde. Diferentemente de outras formas de medicina social, não teve como finalidade a reprodução da força de trabalho ou a socialização do corpo, mas apenas a criação de

condições para a consolidação do poder de um Estado normatizador e higienizador, resolvendo seus conflitos econômicos e sociais de modo autoritário e paternalista. As estratégias da política médica, constituíam-se em:

- a) sistema de registro de morbidade e de mortalidade;
- b) normatização da prática e do saber médicos através das universidades. A medicina e o médico eram normatizados antes que o doente;
- c) organização administrativa para controle da atividade médica;
- d) surgimento de uma burocracia médica com autoridade sobre determinada região;
- e) ação estatal na prevenção e controle das doenças transmissíveis, da habitação sanitária, da nutrição e da higiene pessoal e ocupacional.

A política médica causou grande impacto na Alemanha. Contribuiu para manter o crescimento populacional, garantir a presença suficiente de médicos e criar uma legislação eficiente de saúde pública.

Esse problema difundiu-se rapidamente entre os países que mantinham relações mais próximas com a Alemanha como a Rússia, Hungria, Dinamarca e Itália.

1.2 - A Medicina Urbana

Na França, a medicina que antecedeu à medicina científica, não se apoiou na estrutura do Estado, mas adequou-se às peculiaridades econômicas e sociais daquele país.

O mercantilismo francês tinha como característica a busca da auto-suficiência. Fazia-se portanto necessário aumentar a população para maior produtividade. A política de saúde tinha, assim, como objetivo integrar os pobres na estrutura produtiva do país.

Esse processo de integração do pobre tinha como proposta final a organização da cidade sob a égide de um poder único, para que se pudesse exercer eficientemente o controle social das populações pobres que viviam nas cidades sob clima de grande tensão social.

A medicina urbana, surgida nesse quadro geral, objetivava:

- a) analisar espaços urbanos potencialmente provocadores de doenças, em especial os cemitérios;
- b) controlar a situação dos principais fatores patogênicos, considerados naquela época o ar e a água;

- c) organizar a distribuição e a seqüência dos elementos da vida em comum nas cidades.

"Desde suas origens, a medicina social está ligada à idéia de que a cidade é causa de doença, devido à desordem intrinsecamente médica e social - que a caracteriza e ao projeto de prevenção constante contra o meio, considerado hostil à saúde de seus habitantes. É assim que os médicos formulam uma verdadeira teoria da cidade, desenvolvendo em vários níveis uma reflexão sobre a morbilidade urbana e explicitando a exigência de realização de condições de vida ideais que a tornem um poderoso instrumento de normalização da sociedade" (MACHADO: 1978, 26).

Portanto, a medicina urbana, assim como a política médica, não se dirigiam à socialização do corpo. Antes, estavam ligadas às condições ambientais da cidade, eram uma medicina das coisas.

1.3 - O Sanitarismo Inglês

A terceira variante antecedente à medicina científica, surge na Inglaterra no século XIX: sanitarismo ou medicina da força de trabalho ou, ainda, a política sanitária.

Essa medicina tem como objetivo o controle da saúde e do corpo das classes mais pobres, com a finalidade de produção da força de trabalho e de controle sanitário e social.

Na sua gênese está a Revolução Industrial que determinou a substituição do artesão pelo trabalhador coletivo. A esse trabalhador coletivo era necessário impor a ordem e a hierarquia. Para tanto, a medicina foi chamada a exercer um papel de regulação social.

Na Inglaterra do século XIX vamos encontrar um ambiente econômico dominado pelos clássicos, para quem, a atividade econômica é guiada pela força de competição e pelo mecanismo de mercado. Na filosofia prevaleciam os filósofos liberais, preconizando reformas racionais, capazes de compatibilizar os interesses públicos e privados, dentro dos princípios da economia clássica.

O sanitarismo foi uma medicina que buscou medicalizar os segmentos mais pobres da população, de modo a fazê-los produzir e a controlá-los.

Essa preocupação com a medicalização das classes mais pobres e seu controle, remonta a 1601 quando Elizabeth I sancionou a primeira Lei dos Pobres com o objetivo de proteger os marginalizados, sob a condição de que eles permanecessem nos locais onde haviam nascido. Tal fato gerava forte dependência feudal.

Essa Lei permaneceu intocável até que o crescimento populacional do campo gerou um excesso de população e clima propício às idéias de Malthus. Percebeu-se, então, que não havia população excessiva no campo, mas sim, excesso de força de trabalho disponível e que essa situação poderia ser revertida com a modificação da Lei dos Pobres. Assim, em 1834 surge a nova Lei dos Pobres que mantinha a proteção aos marginalizados, mas criava condições para a mobilidade da mão-de-obra e estimulava a migração das áreas rurais para as urbanas. Assim surgiu na Inglaterra um mercado competitivo da força de trabalho autorregulável.

Não tardou, entretanto, a negação dos princípios do "Laissez faire" e, no campo da saúde isso aconteceu com o Ato da Saúde Pública de 1848, uma proposta liberal.

Não obstante o crescimento do produto nacional bruto ter ultrapassado mais que duas vezes o crescimento populacional, o

sistema de livre mercado determinou efeitos que deterioraram os níveis de saúde da classe trabalhadora.

O crescimento industrial levou a um incremento populacional urbano explosivo. Londres duplicou sua população em apenas 40 anos e Leeds o fez em 30 anos.

As estruturas urbanas das cidades não estavam adequadas a esse crescimento e as condições de saneamento ambiental e de habitação tornaram-se precárias, repercutindo negativamente sobre os níveis de saúde. As taxas de mortalidade aumentaram, diminuiu a expectativa de vida, proliferaram epidemias, inclusive com o ressurgimento de epidemias de cólera.

Duas correntes ofereciam explicações para esses problemas sanitários: os contagionistas e os anti-contagionistas.

Os contagionistas defendiam a tese de que as doenças eram contagiosas e que se disseminavam através das migrações e do comércio. Ofereciam como estratégia de ação o modelo médico e político de quarentena. "O contagionismo encontrou sua expressão material na quarentena e na burocracia e a sua discussão não pode se limitar à discussão isolada do contágio mas, sempre do contágio e da quarentena" (ACKERKNECHT: 1948, 234).

A proposta de quarentena esbarrava em sérias restrições econômicas, posto que implicava na imobilização, por vários dias, de mercadorias, navios e passageiros. Esse sistema comprometia a

economia de um país cujas exportações atingiam taxas superiores a 70% ao ano e inviabilizou-se, uma vez que representava um vestígio do mercantilismo, incompatível com o capitalismo clássico emergente.

Os anticontagionistas, explicavam as doenças a partir de uma perspectiva externa ao campo estritamente médico. Suas posições eram divididas entre liberais e radicais.

Os liberais - opunham-se, por princípio, à quarentena e à sua burocracia como forma de intervenção estatal legítima; explicavam a causação das doenças através da teoria do miasma, segundo a qual as enfermidades resultariam de eflúvios produzidos por matéria orgânica que, quando ativados por certas condições meteorológicas, desencadeavam as epidemias.

"Os radicais viam as doenças e o miasma com uma visão mais ampla, relacionando-os com determinantes sociais mais globais como a pobreza e condições de trabalho, ligadas ao capitalismo nascente. Essa postura foi expressa no trabalho de Engels sobre as condições da classe operária na Inglaterra em 1844 e está contida nos escritos de Virchow sobre a epidemia de febre tifóide na Silésia. Neste trabalho, Virchow propõe, como solução para a epidemia, uma reforma social radical que compreendesse uma democracia completa e irrestrita, educação, liberdade e prosperidade" (ROSEN: 1958, 215).

Essas propostas radicais foram afastadas pelo fracasso das revoluções européias de 1848, e ficou então fortalecida a posição dos anticontagionistas liberais.

Nesse contexto surge o relatório sobre as condições sanitárias da população operária da Grã-Bretanha. Esse relatório chamava atenção sobre o fato de que as condições de saúde da população estavam provocando radicalizações na classe operária e aumentando, exageradamente, os custos do programa de proteção aos pobres. Propunha ele ações de engenharia sobre o meio ambiente, em detrimento da quarentena. Sua publicação levou a um movimento nacional de reivindicações em relação à saúde das cidades e dos operários. Pressionado, o governo sancionou, em 1848, a Lei de Saúde Pública que instituiu uma Comissão Geral de Saúde como suportes institucionais para a política de saúde. Paradoxalmente, foram os reformistas liberais, defensores da liberdade econômica, que propuseram a intervenção estatal no campo da saúde pública. A comissão Geral de Saúde significou um marco histórico na saúde pública. Apesar de ter funcionado por pouco tempo, ela produziu legislação de grande significado sobre habitação, esgoto e abastecimento de água; criou e instalou uma burocracia médica eficiente em inúmeras comunidades.

Com a abolição dessa Comissão, em 1858, suas funções foram assumidas pelo "Privy Council", chefiado por John Simon, um dos adeptos da teoria contagionista, e que tentava conciliar a teoria miasmática com a anticontagionista liberal, admitindo que agentes

específicos ou inespecíficos atuavam paralelamente aos fatores ambientais na determinação de doenças.

As bases do grande movimento de reforma sanitária, que levou a Inglaterra à liderança da saúde pública mundial e influenciou a Europa e a América do Norte, só se consolidaram a partir de 1875, com a Nova Lei de Saúde Pública que organizou a administração em bases nacionais, criando distritos sanitários sob a supervisão de uma junta local.

"Essa fórmula da medicina social inglesa foi a que teve futuro, contrariamente ao que ocorreu à medicina urbana e, sobretudo, à medicina do Estado. O sistema inglês de Simon e seus sucessores permitiu, por um lado vincular três coisas, a assistência médica ao pobre, o controle da saúde da força de trabalho e a indagação geral da saúde pública, protegendo assim as classes mais ricas dos perigos gerais, e por outro lado - e nisto consiste sua originalidade - permitiu a realização de três sistemas médicos superpostos e coexistentes: uma medicina assistencial dedicada aos pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais, como a vacinação, as epidemias, etc., e uma medicina privada que beneficiava a quem tinha meios para pagá-la" (FOUCAULT: 1977, 25).

PUBLICAÇÕES

ANDRADE, J.

Marco conceptual de la educación médica en la America Latina. OPS/OMS, Washington, 1979.

AROUCA, A.S.S.

Introdução à crítica do setor saúde. Departamento de Odontologia Social e Preventiva da UFMG, s/data.

O dilema preventista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Campinas, Tese de Doutorado, 1975.

AZEVEDO, A.C.de

O impacto social da tecnologia em saúde, perspectivas. Conferência Interamericana sobre Avaliação Tecnológica em Saúde. Brasília, mimeografado, 1983.

BANTA, D.

The uses of modern technologic problems and perspectives for industrialized and developing countries. Conferência Interamericana sobre avaliação tecnológica em saúde. Brasília, mimeografado, 1983.

BERLINER, H.S.

A larger perspective on the Flexner Report. Int. J. Health Serv., 1975.

2. A Medicina Científica

2.1 - Os Antecedentes à Medicina Científica Atual

A partir do século XVIII, com a perda do poder da Igreja e dos senhores feudais, deteriorou-se também o valor do saber contemplativo.

A burguesia emergente abriu-se para um mundo novo que deveria ser, objetivamente investigado e explorado. O saber contemplativo cedeu lugar ao saber operativo, ao saber técnico.

Os filósofos iluministas difundiam a sua ideologia que erigiu uma base pragmática, a partir da qual os setores de classe média - aos quais pertenciam os filósofos - reivindicavam participação no poder.

Os iluministas acreditavam no primado da inteligência e da razão, desenvolvendo todo um pensamento crítico de oposição às utopias do século XVIII.

O conhecimento científico passou a ser valorizado e, como parte do campo da ciência, a medicina foi vista como capaz,

através do aumento de conhecimento e da melhoria das técnicas, de contribuir para o aperfeiçoamento social.

O conhecimento científico devia ser, não só acumulado, como também difundido a fim de que se tornasse acessível ao público.

A medicina científica surgiu no período formativo do capitalismo monopolista, o que ocorreu no final do século XIX e no início do século XX.

Embora suas características básicas tenham se formado em países europeus desenvolvidos como a Inglaterra, Alemanha e França, elas tomaram forma definitiva nos Estados Unidos da América, país que passou a liderar o processo de industrialização mundial. "A industrialização americana se fez através de um processo contínuo de concentração, que definiu o aparecimento dos monopólios e a separação e complexificação das diversas funções sociais" (GARCIA: s/data,4-5), levando à formação e expansão incrivelmente rápidas das diversas formas de monopólio (quartéis, sindicatos industriais, trustes, consórcios bancários) através da concentração e integração horizontal e vertical das indústrias. "Na primeira década do século XX, a participação dos monopólios já era muito alta, atingindo 50% na indústria têxtil, 62% na indústria alimentícia, 77% na indústria metalúrgica e 81% na indústria química" (BUKHARIN: 1975,83-84).

Também esse período é o da Era Progressista, caracterizada pela "aceitação tácita de movimentos reformistas visando a criação de um Estado moderno, regido por leis da ciência e destinado a exercer formas de controle social que pudessem resolver as contradições geradas pela industrialização" (KUNITZ: 1974,16-27).

O processo de industrialização americana deteriorou as condições de vida e de trabalho do proletariado urbano. O capitalismo monopolista emergente se defrontou com duas questões básicas: aumentar a acumulação de capital e legitimar a ordem social.

Os modelos sanitários anteriores não se adequavam às novas exigências da sociedade, surgindo daí um novo paradigma, o da medicina científica. Fazia-se necessário que as funções "ocultas" da medicina - reprodução da força de trabalho e controle social - incluídas na política sanitária, se tornassem mais presentes.

Na evolução do sistema capitalista, e como resultante de lutas sociais, chegou-se à limitação da duração da jornada de trabalho. Fazia-se necessário produzir mais em menos tempo e a medicina é chamada a participar de maneira fundamental nesse processo, estudando o rendimento do corpo humano, protegendo-o e restaurando-o de forma a maximizar a produção. Assim, a medicina se encontrou com a proposta do taylorismo ou da administração científica - a nova ideologia aplicada ao desenvolvimento máximo

das capacidades e resistências físicas e psicológicas das pessoas.

A medicina não podia mais, como no sanitarismo, se centrar nos fatores ambientais. Sua preocupação deveria ser com o corpo, reconhecido política e socialmente como força de trabalho. Assim, o objeto hegemônico da prática médica deslocou-se do coletivo para o individual.

Além dessa preocupação com a força de trabalho, o novo modelo médico deveria desempenhar com maior eficiência o controle social. "A medicina passou a exercitar, através de mecanismos de inclusão e exclusão de pacientes do sistema de saúde, os controles dos tipo cooptativo e disciplinar" (EHRENREICH: 1974, 26-40). No primeiro, "... medicalizava os pacientes de maneira a colocá-los na dependência de uma gerência profissional que passa a invadir, crescentemente, todos os espaços da existência humana" (ZOLA: 1972, 487-504). No segundo, desencoraja as pessoas a assumirem o papel de doentes, ou seja, de serem improdutivas.

"O sistema médico passa a vivenciar dentro de si mesmo, e a difundir as relações sociais presentes ao nível do sistema econômico e social global, contribuindo para sua reprodução ideológica" (LUZ: 1979, 23-47).

A nova realidade da medicina era de, não somente

reproduzir a força de trabalho e exercer o controle social, mas transformar a si mesma numa mercadoria "...um desejo para uns e um lucro para outros" (FOUCAULT: 1976;10). Isso se dá pelo próprio desenvolvimento do sistema capitalista, que pelo processo de acumulação de capital, passa a invadir todos os setores da sociedade, transformando serviços em mercadorias que podem ser compradas e vendidas.

2.2 - A Institucionalização da Medicina Científica

A medicina científica começa a se institucionalizar com a criação, em 1893, da Faculdade da Universidade de Johns Hopkins. No entanto, a consolidação desse processo se deu através das recomendações do Relatório Flexner, publicado em 1910 pela Fundação Carnegie.

Esse relatório não surgiu aleatoriamente, como mais um documento reformista da Era Progressista, mas como produto de uma fundação que escolheu, como objeto de seu trabalho, estudos no campo da educação profissional em direito, teologia e medicina. Essas áreas profissionais foram escolhidas porque tinham impacto direto nas pessoas e o pressuposto da Fundação Carnegie era o de que, melhorando e elitizando o treinamento de médicos, advogados

e religiosos, esses profissionais estariam mais aptos a desempenhar, por sua natural liderança, um papel estabilizador nas comunidades. Tal posição coincidia com a proposta mais geral da Era Progressista que era a de estruturar "profissões de ajuda", cujo interesse principal seriam os problemas sociais e a nova sociedade.

O quadro do ensino médico, no final do século XIX, nos Estados Unidos era, na perspectiva dos reformistas, caótico. O número de escolas médicas crescia assustadoramente e sem controle, chegando a 150 no início do século XX. Segundo Flexner (1910) as faculdades surgiam por geração espontânea, independentes de vínculos com universidades e desprovidas de equipamentos. Havia cursos de até um ano de duração e inexistiam pré-requisitos definidos para matrículas. O ensino da medicina era uma "...aventura privada, mercantilizada no espírito e no objeto" (FLEXNER: 1910,346) que carecia, sobretudo, de bases científicas. Tal fato significava, para os progressistas, uma grande heresia, já que sonhavam com um mundo da ciência.

As propostas principais do relatório Flexner foram:

- a) definição dos padrões de entrada e ampliação, para quatro anos, da duração dos cursos;
- b) introdução do ensino laboratorial;

- c) estímulo à docência em tempo integral;
- d) expansão do ensino clínico, especialmente em hospitalais;
- e) vinculação das escolas médicas à universidades;
- f) ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era empírica do ensino médico;
- g) vinculação da pesquisa ao ensino;
- i) controle do exercício profissional pela profissão organizada.

Numa visão mais abrangente desse relatório podemos observar que ele vai além do campo estritamente médico. Logo ocorreram processos de fusão e fechamento, com uma diminuição significativa do número de escolas médicas e de vagas oferecidas. Deu-se uma mudança da composição de classe da profissão médica que se tornou um nicho reservado às classes médias altas. Escolas médicas destinadas a negros foram fechadas e o número de negros que freqüentavam as escolas remanescentes, foi reduzido significativamente.

Conforme ZIEM (1977) a medicina científica determinou uma hierarquização da educação médica, resultando numa estrutura discriminatória, que privilegia homens, brancos, e a classe média alta. Uma composição, portanto, sensível à ideologização da medicina científica e seus fatores determinantes.

O Relatório Flexner poderia ter sido mais um dentre centenas de documentos redigidos na Era Progressista e que não foram levados à prática. No entanto, fundações privadas americanas aplicaram em sua implementação, aproximadamente 300 milhões de dólares, no período de 1910 a 1930.

Além do interesse das grandes indústrias, o Relatório Flexner, na sua origem e na sua consecução, contou com a participação da profissão organizada, através da Associação Médica Americana (AMA). Essa associação foi criada em 1847, objetivando a hegemonia da medicina alopática, ameaçada naquela época pela homeopatia. Sua história é formada por lutas constantes entre médicos cientistas e médicos clínicos. No início do século, a Associação Médica Americana - AMA - foi tomada por um grupo de médicos cientistas formados nos países europeus mais desenvolvidos e, com grande interesse em tornar a medicina mais científica.

Esse fato explica a convergência de interesses entre a profissão organizada e o capital industrial, que serviu para

fortalecer e consolidar a então frágil Associação Médica Americana.

A AMA realizou em 1906, através do seu Conselho de Educação Médica, uma pesquisa sobre o ensino da medicina em todas as escolas dos Estados Unidos. Esse trabalho procurou, na própria associação, o exercício profissional. Assim se antecipavam os resultados de Flexner.

"A medicina científica ou o sistema médico do capital monopolista..." (KELMAN: 1971:30) se institucionalizou através da ligação orgânica entre o capital, a corporação médica e as universidades.

Mudanças substanciais na conceituação do objeto da prática médica foram determinadas pela medicina científica. Expressa ela um conjunto de elementos estruturais que coexistem, se complementam e se potenciam a fim de direcionar a prática médica.

2.3 - Os Elementos Ideológicos da Medicina Científica

A medicina científica determinou mudanças substantivas na conceitualização do objeto da prática médica e, por isso, estruturou-se com base numa série de novos elementos ideológicos. Quando se fala em ideologia se quer entender aqui, conjuntos lógicos, mas difusos, de normas e representações que orientam os pensamentos e as ações, a serviço de classes sociais, sem que necessariamente tais classes tenham, delas, consciência.

Assim, para que se penetre nas questões da medicina científica e suas determinações, há de se desvendar seus elementos ideológicos e há de se estabelecer sua organicidade.

Os elementos ideológicos da medicina científica são: o mecanicismo e o biologismo; o individualismo e a especialização; a exclusão de práticas alternativas e a ênfase na medicina curativa; a tecnificação do ato médico e a concentração de recursos.

2.3.1 - O Mecanicismo e o Biologismo

Baseada nas teorias do corpo-máquina e da natureza

específica das doenças, a medicina científica recebeu o apoio da nova estrutura social. Ela baseava a solução dos problemas de saúde em princípios biológicos e excluía as causas sociais e políticas, salientadas no século passado por Virchow e Engels. Dependia de laboratórios de patologia para a base diagnóstica e da indústria para a provisão dos elementos de cura. A medicina deixava de ser artesanal para se transformar numa indústria. A medicina científica não era somente similar à produção industrial, mas validava a forma como essa produção se fazia. Não eram os métodos de produção industrial, as longas horas de trabalho, os baixos salários, o desemprego, a inalação de substâncias tóxicas, o consumo de produto industrial, as causas das doenças. Eram os germes. O patologista alemão Emil von Behring já dissera que desde o momento em que a ciência mostrara que as doenças tinham causas específicas, não havia mais razão para se procurar causas sociais. E quando a anemia produzida pela ancilostomose (verminose) foi descoberta, a manchete de um jornal novaiorquino proclamava: "Descoberto o germe da preguiça".

Para NAVARRO (1980), a medicina científica e o conceito biológico da doença têm como base a conjugação de interesses entre médicos de um lado e a sociedade capitalista e monopolista de outro. Nos Estados Unidos ela se firmou no mesmo período em que cresceram as grandes corporações capitalistas que passaram a dominar a medicina no país. A Rockefeller, por exemplo, e outras grandes corporações, através de organizações filantrópicas,

articularam uma estratégia para desenvolver um sistema médico que preenchesse suas necessidades. Acreditavam que a medicina científica organizada beneficiaria a sociedade como um todo. Desse modo ela não surgiu apenas em virtude do progresso tecnológico, mas também por motivos sociais e econômicos.

Ganhou o apoio dos médicos porque lhes garantia: a elevação no conceito social, o domínio, a perícia e os subsídios materiais. Requeria um treinamento prolongado e dispendioso e, assim, recrutava seus postulantes nas camadas mais elevadas da escala social, únicos com a base escolar requerida para o ingresso na carreira e com possibilidades materiais para pagar os estudos e resistir aos anos de aprendizado. Os futuros médicos pertenciam à classe dominante.

O mecanicismo se introduziu na medicina científica pela analogia do corpo humano com a máquina, elemento essencial do modo de produção dominante. No próprio Relatório Flexner já se escreve que o corpo é uma máquina que pode ser dividida em pedaços, para sua melhor compreensão.

McKEOWN (1971: 29) descreve a forma de entendimento do corpo humano como máquina - essência do mecanicismo: "um organismo vivo poderia ser visto como máquina que pode ser desmontada e remontada se sua estrutura e funções forem completamente entendidas. Em medicina o mesmo conceito conduziu à profunda crença de que uma compreensão dos processos de doenças e

das respostas do corpo a ela, tornaria possível intervir terapêuticamente, através de métodos físicos, químicos e elétricos”.

Rompe-se, desta forma a concepção da totalidade corporal, permitindo-se que homens-máquina, os médicos, através de instrumentos-máquina, atuem sobre máquinas-homem, os pacientes, reparando seus defeitos.

Os avanços tecnológicos da bacteriologia conduziram à teoria dos germes e da etiologia específica. Mas, principalmente, definiram o caráter biologista da medicina científica.

As teorias dos germes e a etiologia específica surgiram na França e na Alemanha na década de 1870, coincidindo com o auge do sanitarismo. As melhoras dos níveis de saúde, ocorridas àquela época e determinadas, principalmente, pelas reformas sanitárias e pela elevação dos padrões de vida, foram erroneamente atribuídas às vacinas recém-descobertas. Isso contribuiu para a legitimação do biologismo na medicina.

O biologismo na medicina científica pressupõe o reconhecimento exclusivo e crescente da natureza biológica das doenças e das suas causas e conseqüências.

A medicina científica procura, assim absolver os fatores

determinantes de natureza econômica e social da acusação das doenças.

2.3.2. O Individualismo e a Especialização

A medicina científica se coloca com posturas duplamente individualistas.

Primeiro, elege como seu objeto o indivíduo e, em segundo plano aliena-o, na medida em que exclui da sua vida os aspectos sociais.

Como resultante desse duplo individualismo, a medicina imputa ao indivíduo a responsabilidade da sua própria doença e o subordina à figura do médico. O médico mantém uma postura ativa e o doente é passivo. Fica assim estabelecida uma relação paternalista envolta pela ciência e tecnologia que impõem limites rígidos e que não vão além da esfera individual. O aumento das doenças causadas pela industrialização, como o câncer por exposição profissional e poluição, as doenças cardíacas por consumo de alimentos industrializados e a violência decorrente das injustiças sociais, logo foram identificados. Entretanto, uma abordagem social dessas doenças custaria ao capitalismo um preço

demasiado elevado. Era preciso que se continuasse a buscar a causa das doenças no indivíduo.

O processo de especialização se deu, sem dúvida, devido ao crescimento exponencial do conhecimento médico. Mas não apenas por isso. Ele ocorreu também por outras razões.

Visto numa perspectiva ideológica, verifica-se que ele se deu em função do mecanismo que impôs a parcialização do objeto global, de acordo com um esquema contraditório que aprofunda o conhecimento específico e atenua o conhecimento holístico.

Numa dimensão econômica, a especialização resultou das necessidades de acumulação do capital, que exigiu a fragmentação do processo de produção e do produtor, via divisão técnica do trabalho.

A especialização médica possui características especiais. LANDMANN (1985) nos lembra que a cirurgia e a obstetrícia-ginecologia são definidas pela técnica. As outras especialidades dependem, para sua definição, dos órgãos ou sistemas aos quais estão vinculadas, como: endocrinologia, nefrologia, neurologia ou gastroenterologia; ou da idade do paciente, como a pediatria e a geriatria; ou ainda de um campo tecnológico específico como a radiologia ou patologia clínica; ou ainda de uma região do organismo, como a cirurgia de cabeça e pescoço ou, finalmente, de um tipo de doença como a oncologia ou a hansenologia. A

especialidade é, essencialmente, uma definição social, e não científica que se altera com o passar do tempo e cujos limites são difíceis e imprecisos. Assim, o nefrologista, por exemplo, é obrigado a conhecer melhor a histopatologia do rim do que o patologista; o pneumologista não poderá pedir ao radiologista para interpretar uma radiografia de tórax, o mesmo acontecendo com o neurologista em relação à tomografia computadorizada de crânio. Qualquer especialidade é, na verdade, uma mistura de vários campos enquadrados, no Brasil, pelo Conselho Federal de Medicina como a Patologia, a Psiquiatria, a Colo-Proctologia, a Oftalmologia.

O código de ética médica que esteve em vigor desde 1984 até 1988, em seu artigo 17 reforçava a especialização : "exercer cargo ou função de especialista sem estar inscrito no Registro de Qualificação de Especialistas do Conselho Regional de Medicina" é infração de ética.

2.3.3. A Ênfase na Medicina Curativa e a Exclusão de Práticas Alternativas

A medicina curativa ganha destaque na medicina científica por vários motivos. Primeiro, porque esse é o setor da medicina mais suscetível de incorporar tecnologia. Segundo, porque "prestigiar diagnóstico e terapêutica é, no plano do conhecimento, prestigiar o processo fisiopatológico em detrimento da causa e, na medida em que esse conhecimento for o preponderante, ele impregna a prática em todos os seus níveis, provocando, mesmo nos níveis de promoção e proteção da saúde, um fenômeno de desdeterminação e, ao inverso, de fisiopatologização" (AROUCA: s/ data, 3).

A viabilização da medicina científica se fez com base na sua supremacia sobre as outras alternativas, consideradas "a priori" ineficazes como, por exemplo, a homeopatia.

"O resultado global da superexpansão da empresa médica é frustrar os indivíduos primários do poder de dominar seus corpos e seu meio. Os ginecologistas, pediatras, psiquiatras e geriatras, gerenciam as instituições segundo o interesse do Estado industrial, mesmo no caso em que mulheres, jovens, trabalhadores ou velhos sadios teriam capacidade de gerenciá-las

em seu próprio interesse. Essa perda de autonomia é ainda reforçada por um preconceito político. A política da saúde, como é quase sempre entendida, coloca sistematicamente a melhoria dos cuidados médicos antes dos fatores que permitiriam exercitar e melhorar a capacidade individual de cada um assumi-la. Em vez de designar a participação na ordem social e a possibilidade de atuar nela, a palavra saúde passou a significar a capacidade de suportar uma ordem imposta pela lógica heteronômica da forma industrial de produção.

Esse preconceito político leva os críticos da indústria médica, supostamente radicais, a se concentrarem hoje em cinco imperfeições. Primeiro, nos países de mercado livre, a produção de medicamentos e de serviços médicos enchem os bolsos dos produtores; a medicina é bastante cara e, também, bastante ruim. As associações de consumidores deveriam então obrigar os médicos a melhorar seus serviços. Segundo, a distribuição de medicamentos e o acesso aos serviços médicos se fazem de maneira desigual e arbitrária: os critérios são a fortuna e a classe social do paciente, ou ainda as concepções sociais dominantes que criam, por exemplo, maior interesse no tratamento das doenças cardíacas do que na luta contra a fome. A nacionalização da empresa médica deveria regulamentar tal problema. Terceiro, a organização do corpo médico perpetua a ineficácia e os privilégios, impondo concepções de uma determinada escola médica à sociedade em conjunto. Dever-se-ia remediar essa imperfeição, multiplicando as profissões de saúde, dando independência aos enfermeiros em

relação aos médicos, e participação pública no controle dos hospitais, além de outras reformas que dariam ao cidadão o controle da própria organização da empresa médica. Quarto, a hegemonia de uma ortodoxia científica e os esforços para limitar o ato médico na aplicação desse conhecimento abstrato, em casos anônimos, bloqueiam a expansão de outras formas sistemáticas de cura. Uma nova liberdade concedida para os médicos deveria ampliar o acesso à saúde. Enfim, a medicina atual preocupa-se muito com o indivíduo doente e não o suficiente com a saúde da população no seu conjunto. O que se propõe, como sempre, é a programação higiênica global do meio" (ILLICH:1975,97).

Todas essas medidas têm uma coisa em comum : tendem a reforçar o processo de medicalização. Sua inevitável falência nos obrigará a reconhecer que somente substancial redução do "output" global da empresa médica poderá permitir aos homens o reencontro da autonomia e, através dela, da saúde.

2.3.4. A Tecnificação do Ato Médico e a Concentração de Recursos

Os novos sacerdotes, ordenados pela ciência, passaram a se utilizar de novos ritos.

A medicina científica estruturou a engenharia biológica - à tecnificação do ato médico - como uma nova mediação entre o homem e as doenças. Por razões ideológicas e econômicas, essa medicina passou a exigir, como parâmetro de qualidade, o grau de tecnificação, a densidade tecnológica da prática, em detrimento da capacidade de promover ou restaurar a saúde e prevenir as doenças.

As exigências da sociedade industrial e a tecnificação do ato médico, determinam uma concentração dos recursos de saúde. Essa concentração se manifesta mais concretamente, nos planos espacial e institucional e, em consequência, a medicina científica tornou-se urbano-cêntrica e hospital-cêntrica.

Especialmente, os serviços de saúde não estão igualmente acessíveis, porque se localizam em consonância com o objetivo que orienta a produção e com as condições de mercado a que estão sujeitos. Por isso, a medicina científica localizou-se,

predominantemente, no espaço industrial, a cidade, que é o espaço hegemônico do capital monopolista.

Além disso, o hospital torna-se o "locus" privilegiado da prática médica, tendo em vista que é a única instituição que pode abrigar a crescente parafernália de equipamentos exigidos pela medicina científica e é, também o espaço gerador e difusor da nova ideologia médica. Alguns países tentaram reverter essa situação, através da integração dos serviços sob os auspícios do hospital, o que não afetou sua hegemonia.

A integração desses elementos cria um novo modelo de prática médica, a medicina científica, que se caracteriza pela concepção mecanicista do homem; pela redução a-social e a-histórica da doença e do próprio homem; pela redução da doença à sua dimensão biológica; pela individualização do seu objeto; pela crescente corporificação do conhecimento em tecnologia de alta densidade de capital, exercitada por agentes especializados; pela ênfase nos aspectos curativos da medicina; pelo seu caráter urbano-cêntrico e hospital-cêntrico e pela exclusão de formas alternativas de prática.

Esse novo modelo, gerado nos países desenvolvidos, é reproduzido nos países de economia periférica e, nesses, se instala de acordo com o desenvolvimento das suas forças produtivas. Desse modo, a medicina científica dos países

subdesenvolvidos tem, também, um caráter de dependência em relação àquela dos países centrais.

3. A Tecnologia Médica

"Um aparelho técnico imposto, aliado a uma burocracia igualitária, criou a perigosa ilusão de uma correlação natural entre a intensidade do ato médico e a frequência das curas. Essa hipótese, que apesar de tudo é o alicerce da prática médica contemporânea, jamais foi provada cientificamente. Muito ao contrário, temos todo o motivo para pensar que está errada. Por exemplo, o conjunto de estudos feitos para avaliar a eficácia do ato médico na redução da morbidade ou da mortalidade de pacientes afetados por patologias específicas forneceu resultados surpreendentes. Quanto mais o ato exige a intervenção do especialista ou de uma infra-estrutura dispendiosa, maiores são as probabilidades:

1) de que a esperança de vida do paciente submetido ao tratamento não será modificada pelo ato;

2) de que o período de invalidez do paciente aumentará, e

3) de que o paciente terá necessidade de tratamentos adicionais adicionais para ajudá-lo a suportar os danos, mutilações, angústias e dores provocados pela intervenção médica.

Pode-se dizer, de um modo geral, que o conjunto de métodos de diagnóstico e terapêuticos introduzidos durante as duas últimas gerações, cuja eficácia seja comprovadamente superior à dos tratamentos tradicionais, constitui pequeno número, é de baixo custo e de aplicação muito simples. Não obstante, a maior parte da despesa médica é destinada a diagnósticos e tratamentos, cujo benefício para o paciente é nulo ou duvidoso, porque o seu efeito, em caso de sucesso, é mudar a patologia, freqüentemente prolongando e intensificando o sofrimento" (ILLICH: 1975,26-27).

3.1 - O Conteúdo Mágico e Mítico

A tecnologia médica produziu uma elevação ímpar nas expectativas das populações em geral, em relação às possibilidades da medicina. Os "milagres" derivados da medicina

tecnológica promoveram a idéia de que qualquer problema de saúde pode ser por ela resolvido e, ao mesmo tempo ajudaram na legitimação da medicina científica.

A medicina vive hoje um momento caracterizado por Azevedo (1983) como transição mágico-científica, ou seja, os procedimentos inovadores de alta intensidade tecnológica são formulados com intenções científicas, mas são encarados pela comunidade e utilizados dentro de perspectivas que apresentam um relevante conteúdo mágico. A tecnificação do ato médico pela medicina científica fez erigir, por razões econômicas e ideológicas, o grau de densidade tecnológica da prática médica como parâmetro de qualidade.

O mito da eficiência tecnológica vem assumindo progressivamente o poder médico. O profissional da medicina, o médico, agora manipulador de técnicas requintadas, de circuitos eletrônicos, interpõe entre ele e seu paciente um complexo de aparelhos, o que significa um golpe mortal na relação médico-paciente. E o futuro do doente não se encontra mais nas mãos do médico, mas sim da técnica que, embora manipulada por ele, encerra fantasticamente o poder de cura em si mesma e, é ela que lhe concede competência.

A transferência tecnológica se faz, através do sistema

educacional, da assistência técnica internacional, das publicações científicas, do marketing ou do conteúdo mágico que adquiriu.

O modo mais eficiente é, sem dúvida, o sistema educacional que se constitui no aparelho reprodutor da ideologia da medicina científica. Os currículos, especialmente, os currículos ocultos, têm embutido, dentro de si, a valorização da medicina científica. A formação dos professores universitários e a estruturação da sua carreira, os leva à realização de cursos de pós-graduação especialização ou apenas estágios em hospitais, em países desenvolvidos, especialmente nos Estados Unidos, onde se plasma a ideologia da medicina científica.

Na Avaliação do Ensino Médico realizada na Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP em 1987 pela Coordenadoria de Graduação dessa Faculdade, observa-se a existência das seguintes questões:

Questão I - A proposta pedagógica da FCM/UNICAMP é: "formar médicos generalistas voltados para as necessidades de saúde da população". Ela estava clara para você?

Os resultados verificados são os seguintes: Responderam que não sabiam da proposta pedagógica: na 1a. série 50%; na 2a.

série 33,3%, na 3a. série 40,0%; na 4a. série 25,0%; na 5a. série 28,1% e na 6a. série 8,1%.

Questão II - Ela aparece na prática pedagógica dos professores?

Responderam que não aparece: na 1a. série 78,9%; na 2a. série 60,8%; na 3a. série 70,3%; na 4a. série 60,4%, na 5a. série 65,7% e na 6a. série 67,6%.

Como se pode observar, a proposta de formar generalistas voltados para as necessidades de saúde da população é do conhecimento dos alunos, mas não se verifica na prática pedagógica dos professores.

Nem poderia ser diferente. O corpo docente dessa Faculdade é formado por especialistas e até mesmo por micro-especialistas como por exemplo, um professor de oftalmologia especializado em retinas, outro em lentes de contato, outro ainda em estrabismo.

As propostas mais progressistas e voltadas para as questões básicas de saúde da população se mostram inexequíveis, uma vez que os profissionais habilitados para a docência têm formação científico-tecnológica, são especialistas.

Ainda no que se refere à transferência tecnológica e à

produção de tecnologia médica, observa-se que o fenômeno não ocorre independentemente das estruturas sociais, o que configura a questão da dependência tecnológica dos países subdesenvolvidos. A hegemonia da prática médica guarda, com a questão da tecnologia, uma relação orgânica.

Portanto, os modelos de prática médica, ainda que preservem certa autonomia, modificam-se no sentido de se ajustarem à evolução das sociedades capitalistas, geradoras da tecnologia que sustenta tal prática.

3.2 - O Processo de Difusão Tecnológica

A difusão da tecnologia médica através da transferência tecnológica excessiva e inapropriada, dos países centrais para as economias periféricas, tem sido responsabilizada pelo subdesenvolvimento da saúde. Essa transferência, resultado da interação das corporações multinacionais, do ensino médico e da assistência internacional, faz-se geralmente, sob a forma de produto da tecnologia, criando um processo de invasão tecnológica que inibe a capacidade de inovação e desenvolvimento dos países receptores, contribuindo para a construção de uma "cultura do silêncio" no campo da saúde. "Pesquisas realizadas em vários

países da América Latina mostram que a tecnologia na área da saúde se difunde em velocidade superior a outras tecnologias de largo emprego como a televisão ou os computadores" (MENDES:1985,34).

O médico treinado como cientista, instruído em ambiente de máquinas sofisticadíssimas onde os pacientes são manejados, inevitavelmente terá sua ação vinculada a modelos os mais recentes para ampará-lo em suas decisões. Aqueles que manejam máquinas e executam procedimentos tecnológicos são melhor remunerados no mercado de trabalho, seja ele pago pelo paciente ou pelo Estado. Dessa forma o médico é cada vez mais atraído por esse tipo de sistema.

Antecedendo uma inovação, a tecnologia é comunicada. Tal comunicação se faz inicialmente aos líderes da categoria e aos centros acadêmicos que vão transferir essa informação. No entanto ela é manipulada por interesses financeiros. A publicidade infiltrou-se nas áreas mais acessíveis à informação médica, ou seja, os artigos de revistas, os congressos, as conferências médicas e a subvenção de pesquisas.

"A escolha de artigos para publicação em revistas e jornais médicos, o convite para conferências em hospitais e faculdades, passaram a ter uma velada interferência dos veículos de publicidade. Dá-se extensa cobertura à propagação prematura de

novas curas, novos mecanismos de doença, novos meios de diagnóstico. As pesquisas que atestam bons resultados têm prioridade sobre os resultados negativos. A apresentação, a publicação e o reconhecimento desses novos "progressos" trazem lucro direto e indireto para os que deles participam. O apresentador ganha novas subvenções, promoções acadêmicas, fama pessoal e até remuneração financeira. Isso estimula novas apresentações, mesmo sem um escrutínio científico apurado. A propaganda utiliza-se desses enfoques, citando apenas os estudos que apoiam seus produtos, para que a maioria dos médicos, "informados" pela ciência, passe a utilizá-los. Simpósios planejados pela indústria médica realizam-se imediatamente antes, durante e depois de congressos médicos. Os participantes, figuras de renome nacional e internacional, têm sua passagem e estadia pagas e é um absurdo pensar que a indústria patrocinadora vai financiar a vinda de um cientista cujos pontos de vista não lhe sejam favoráveis. Os médicos que fazem enormes sacrifícios para comparecer aos congressos ouvem com credibilidade absoluta seus líderes científicos e vêem nos estandes de exposição, as últimas maravilhas da tecnologia. Acabam por transformar-se em mascates das indústrias de equipamentos e farmacêutica" (LANDMANN:1984,306).

3.3 - O Caráter Acumulativo e Dependente da Tecnologia

Médica

Uma das características peculiares à tecnologia médica é o seu caráter acumulativo, ou seja, uma nova tecnologia quase nunca desloca ou substitui uma anterior, mas se torna mais um elemento que se agrega ao arsenal tecnológico da medicina científica. Por exemplo, o tomógrafo computadorizado não substitui, totalmente, os aparelhos de raio X mas se torna um elemento de diagnóstico a mais, disponível.

Essa característica da tecnologia médica é responsável por uma lógica de seu desenvolvimento que tem a ver com a realização de valor e que significa o cumprimento da função mercantil da medicina científica, induzida pelo complexo médico-industrial.

O processo de desenvolvimento tecnológico em saúde, nos países em geral e, em particular, nos países subdesenvolvidos e dependentes, transforma-se numa questão de características basicamente políticas e econômicas.

Porisso, a dependência tecnológica expressa, num campo

específico, um fenômeno mais geral, explicado pela teoria de dependência, ou seja, da articulação entre grupos sociais de dentro e de fora dos países subdesenvolvidos, segundo interesses da divisão internacional do trabalho.

Isso significa que existe muito mais consumo de tecnologia - tanto de processo quanto de produto - produzida nos países centrais, que uma geração autóctone nas economias periféricas.

Dessa forma o que se verifica é uma excessiva e inapropriada transferência tecnológica que, segundo o Dr. Mahler, da Organização Mundial de Saúde, é responsável pelo que se denomina de subdesenvolvimento sanitário.

O fenômeno da transferência tecnológica ocorre, geralmente de forma incontrolada, às vezes absorvendo recursos já obsoletos nos países centrais ou mesmo inapropriados para os países receptores, ocorrendo, ainda, na maioria dos casos, através de transações de tipo monopólico. A capacidade de efetuar avaliações prévias é habitualmente muito limitada nos países periféricos. O escasso desenvolvimento da indústria nacional, unido à importação indiscriminada, contribuem para aprofundar a dependência. Os preços que os países pobres pagam para comprar esses recursos são, às vezes mais elevados que nos países produtores, e mesmo as empresas nacionais operam, geralmente, com capital estrangeiro

que consegue obter benefícios mais altos. Por outro lado, o fenômeno da dependência tecnológica é alimentado pela própria capacidade de investimento em pesquisa básica e aplicada nos países subdesenvolvidos.

Em 1979, estudos realizados pelo Instituto de Desenvolvimento de Viena, mostraram que os gastos mundiais em pesquisas e desenvolvimento atingiram cerca de 100 bilhões de dólares, sendo que um terço desses gastos foram realizados nos Estados Unidos e Canadá, e que as Américas Central e do Sul, em conjunto, investiram menos de 1% do total.

As conseqüências desse fato são claras. O Brasil importou 65% das matérias primas de medicamentos, num volume de faturamento de aproximadamente 400 milhões de dólares em 1983. Com referência a equipamentos médicos, em 1981, os Estados Unidos exportaram 363 milhões de dólares para os países das Américas e Caribe, dos quais, 32 milhões para o Brasil.

O mais interessante é que estima-se que 30% dos equipamentos médicos importados, no Brasil, estão fora de uso seja por falta de manutenção, seja por carência de peças de reposição.

A Organização Panamericana de Saúde afirma que a transferência tecnológica tem sido o meio mais amplo de levar o

desenvolvimento tecnológico aos países subdesenvolvidos. Na prática, contudo, esse processo se constituiu numa aceitação indiscriminada e acrítica da aquisição de todo tipo de tecnologia, sem qualquer consideração à sua real utilidade, eficiência e eficácia.

3.4 - Tecnologia e o Custo da Atenção Médica

"A ineficiência da medicina científica é vista pelos crescentes investimentos no setor saúde, com retornos decrescentes em termos de resultados. Em outras palavras, não há correlação entre os investimentos em saúde e os níveis de vida. Estima-se que, enquanto os investimentos aumentam em 100%, as taxas de mortalidade, em países desenvolvidos, diminuem em apenas 5%" (MENDES: (1985, 112).

Este fenômeno que pode ser denominado de inflação médica, é, presentemente, universal.

Nos Estados Unidos, o custo da atenção médica já atinge 10% do Produto Nacional Bruto e o gasto "per capita" em saúde que era de 78 dólares em 1950, deve atingir neste ano, valores próximos de US\$1500.

Na base dessa inflação de custos médicos estão dois componentes ideológicos da medicina científica: a especialização e a tecnificação do ato médico.

Estudos demonstram que só a tecnologia pesada é responsável por 15% da inflação médica e que a proliferação de exames complementares é responsável por outros 25%.

No Brasil, um país que gasta cerca de 50 dólares "per capita"/ano, o fenômeno da invasão tecnológica indiscriminada pode ser exemplificado pelo tomógrafo computadorizado: entre 1975 e 1980 foram importados 45 desses aparelhos, dos quais 21 só em 1980. A relação tomógrafo/habitante alcançava 1/2,6 milhões no Brasil, o que significa o dobro daquela encontrada na França que tem como norma 1 tomógrafo para 5 milhões de habitantes, segundo VIANNA (1981).

Quanto aos exames complementares, a Secretaria de Assistência Médica do INAMPS indica que, em 1983, cada cruzado gasto em consulta médica, representou nove cruzados em exames complementares pagos pelo INAMPS e, desses, 30% sequer foram buscados pelos pacientes.

A questão de prioridade na alocação de recursos públicos para procedimentos de alta tecnologia, numa população carente de assistência primária, o que poderia evitar muitas das doenças que

terminam, inclusive em transplantes é, sem dúvida, uma questão ética. "A alocação de recursos para a área tecnológica dispõe de um poderoso "marketing" e de um apelo publicitário indiscutível. Esse apelo faz com que o público vibre com os transplantes de fígado e de coração e se comova com casos que a televisão e a imprensa de modo geral trazem a público. Chegam até a fazer subscrições em bancos e apelos desesperados ao INAMPS. No entanto, ninguém se comove ao saber que o sarampo ainda é a primeira causa de morte infantil na Grande São Paulo onde, no primeiro semestre de 1984, morreram 100 crianças vítimas de sarampo" (LANDMANN: 1985,181).

A medicina elitista, tecnológica, custa muito mais que o atendimento primário. Esse problema ético, ligado à alocação de recursos não é apenas médico, é uma questão de política de saúde. Não cabe apenas aos médicos resolver problemas éticos ligados à medicina.

3.5 - A Produção de Conhecimentos

No início do capitalismo monopolista, as classes dominantes se defrontaram com a tarefa contraditória de aumentar a acumulação de capital e legitimar a ordem social. Para atingir esse objetivo, elas procuraram transformar problemas sociais de solução política em problemas científicos de solução tecnológica. Não é sem razão que a Era Progressista é o tempo do primado da ciência, onde emerge o cientificismo, ideologia que pretende assegurar o conhecimento objetivo e neutro da realidade como forma de superação de todos os problemas.

É o tempo da administração científica, da agricultura científica e também, da medicina científica. A ciência passa a ser concebida como um corpo de conhecimentos neutros, destituído de valores e constituído por um processo lento e linear de acumulação de conhecimentos. Essa é a visão de ciência do positivismo, cuja concepção de pesquisa e cujo método assumem certos pressupostos: a indiscutibilidade da objetividade, a negação da incidência de valores ideológicos, políticos e sociais na pesquisa, a reificação do objeto investigado e a neutralidade do pesquisador frente a esse objeto.

Mas a produção de conhecimentos não se faz de forma progressiva e linear, como pretende a ciência positiva. Nesse

sentido a medicina científica não é fruto de descobertas médicas sucessivas mas de modificações que se deram ao nível do capitalismo. É evidente, portanto, que a ideologia da medicina científica se reproduz no conhecimento científico e, tal reprodução se dá através da seleção de temas de investigação, dos métodos de pesquisa e da posição do pesquisador.

Daí a pesquisa médica, na medicina científica, passar a ser predominantemente biológica e seu foco de interesse mudar da higiene e da semiologia para a patologia. Esse tipo de domínio ideológico da investigação médica pode ser observado nas pesquisas relativas à doença de Chagas que procuram desenvolver medidas de proteção específica, exercer controle biológico, ou descobrir medicamentos para a cura e, atualmente, submetendo pacientes chagásicos a transplantes cardíacos e renais, atropelando, assim, o caráter sistêmico da doença, parecendo ignorar o fato de que a solução do problema reside na melhoria das condições habitacionais da população.

A pesquisa científica focalizou-se no indivíduo e, especialmente, em partes do indivíduo - sistemas, órgãos, células, ou partes das células.

No início do século estabeleceu-se um forte vínculo orgânico entre os pesquisadores, as universidades e o grande capital. Surgiram institutos de pesquisa, como o Instituto Rockefeller, com alto grau de especialização, financiados direta

ou indiretamente por grandes indústrias e organizados segundo princípios da administração científica. Esses recursos foram destinados principalmente à montagem de laboratórios de pesquisa e à formação de pesquisadores nas universidades.

A pesquisa médica passou a ser feita, concentradamente, nos hospitais universitários e nos institutos, com o objetivo cada vez mais claro, de gerar tecnologias de alta densidade de capital, que pudessem ser incorporadas aos serviços de saúde.

O trabalho de pesquisa foi dividido segundo a lógica da divisão de trabalho da medicina, ou seja, de acordo com as especialidades médicas e tendeu a ser feito pelas próprias indústrias produtoras de equipamentos e de medicamentos, direta ou indiretamente, financiando pesquisadores universitários. A pesquisa médica assumiu um papel mais ligado à acumulação de capital do que à melhoria das condições de saúde da população. Ela exclui todo conhecimento produzido fora de instituições por ela legitimadas e/ou por indivíduos não reconhecidos como cientistas. Verificamos, por exemplo, que todos os documentos elaborados por grupos de pesquisa na área da medicina do trabalho nos Estados Unidos, desde os anos trinta até a década de sessenta, afirmavam não haver relação entre silicose e o trabalho em minas de carvão e eram tidos como verdadeiros uma vez que eram conclusões científicas. O conhecimento acumulado por gerações de mineiros de carvão e expresso através de canções e escritos

populares, afirmando que o trabalho nas minas destruía seus pulmões, era considerado uma manifestação cultural, folclórica, ideológica, não verdadeira.

A produção de conhecimento médico se faz, portanto, em consonância com os elementos ideológicos da medicina científica, segundo interesses das classes hegemônicas.

CAPÍTULO III

DA REALIDADE À UTOPIA

1. A Educação Médica

A educação médica possui características ímpares em toda a gama de possibilidades do ensino. No que diz respeito à aquisição de conhecimentos, ela se processa exatamente como todo e qualquer curso universitário. Sua tonalidade especial está no tema, no conteúdo e na forma.

Os alunos das escolas médicas ali estão em período integral real. A partir do sexto semestre não têm mais que três semanas de férias durante todo um ano; são escalados para plantões noturnos e aulas diurnas, e durante todo esse tempo o que fazem é contatuar com a vida e a morte.

São adolescentes. A maioria chega às enfermarias com 20 anos de idade. Estão tão preparados para enfrentar a dor e a morte quanto qualquer garoto de sua idade que freqüente um curso universitário. Escolheram ser médicos atraídos pela vida, pela saúde, pelo desejo de salvar e não por uma necessidade mórbida de conviver com o sofrimento e a morte.

O texto a seguir coloca com maior clareza o que tentamos colocar nos parágrafos anteriores, posto que, ele é o relato da experiência vivencial de um aluno do quarto ano médico, integrava sua monografia para avaliação da disciplina de ética, e será aqui transcrito com absoluta fidelidade.

" 1989. 18 de abril de 1989 - HC - UNICAMP

O café da manhã estava bom, aliás, como sempre ...
"Como foi o feriado ? Ah ... muito bom, deu para ir para casa." O elevador quebrado, como sempre ...
"Pernas para subir as escadas do HC". 2 ... 3 ... uns voltaram mais coradinhos, outros nem tanto, como sempre ... 4 ... 5 ... 6 andar ! Rumo à Enfermaria Geral, como sempre ... " Oi, moçada ! Bom dia ! Bom dia ??? Um grito ecoou, de repente, entrou pelo meu pavilhão auditivo e foi atingindo até o fundo da minha

alma: " - PAAAAAAARRRRRAAAAAAADDDAAAAA." Corre, corre na enfermaria. Em um milésimo de segundo todos se levantaram e começaram a se movimentar para lá e para cá. "Tenho certeza que não gritaram FOGO. O que está acontecendo ?" Um docente passa por mim e quase me leva junto, tanta a pressa. Reconheço-a ... minha docente ... segui-a até o quarto onde entrou; esse quarto parecia ser a chave do problema ... Opa, o quarto do meu leito ... encontrei a docente sobre um paciente ... o meu paciente !!! "O que está acontecendo ?" Foi então que eu senti aquela sensação pela primeira vez em toda a vida, como se todos os meus vasos tivessem contraído ao mesmo tempo, ou que houvesse estourado uma bomba no meu peito ... Eu tenho a certeza de que naquele momento, meu coração também parou ... Aquele grito zunindo na minha cabeça... PAAAAAAARRRRRAAAAAAADDDAAAAA !!! "Desista, ele já não está respondendo mais ..." Desistiu. Então, eu o vi lívido, olhar parado ... "FACIES DA MORTE". Olhei-o novamente antes de sair do quarto: marcas de massagens cardíacas no seu peito, ventilador mecânico ligado. MEU DEUS; que vontade de morrer, sumir, chorar; vontade de "acordá-lo", de recomeçar o dia novamente.... PAAARAAAAAADDDDDAAAAA ! Zunindo no meu ouvido ecoando no fundo da minha alma ... PAROU !!! PAROU !!! POR QUÊ PAROU ?????????? Antes

tivesse encontrado a enfermaria tranqüila e monótona como sempre ...”

A resposta desse aluno frente aos fatos que ele relata é semelhante a de outros alunos diante da morte dos seus pacientes ou de qualquer paciente. Muitos deles vêm até nossa sala chorar essa perda. Estão despreparados para o exercício proposto pela escola? Qual é a responsabilidade da Faculdade diante dos seus alunos enquanto pessoas? Que padrão de profissionais tal tipo de sofrimento gera? Até onde é ele responsável pela insensibilidade de nossos profissionais de saúde? A quem interessa um projeto pedagógico que desconsidera o humano? O quê está sendo ensinado nas escolas médicas? Nossos médicos estão sendo formados para atender a quem?

Em um documento elaborado pelo Centro Acadêmico “Adolfo Lutz” da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, sob o título “Uma Proposta De Reestruturação Global Do Ensino Médico” e distribuído ao corpo docente e discente pode-se ler: “após a Segunda Grande Guerra, a medicina sofreu um “boom” tecnológico tão grande que passou a ser impossível se ensinar tudo da medicina a uma pessoa. Como resultado, o curso não tem terminalidade, ou seja, ao se formar, no sexto ano, a pessoa não é competente para exercer a medicina, devendo se especializar na Residência, e o que se ensina no curso não é selecionado com base nas patologias mais freqüentes, mas com base nos conhecimentos

mais sofisticados e "tecnologificados", ou seja, nosso currículo é elaborado em cima de uma "Realidade Artificial". Para exemplificar, até hoje não vi nenhum caso de Diarréia, mas sou um "expert" em Esclerose Múltipla Sistêmica (3 a 5 casos novos por milhão da população por ano). Não sei abordar uma cefaléia comum, mas já acompanhei vários casos de tumores cerebrais". Será que nossos médicos continuam a ser formados para atender à "côrte" tal qual era o desejo do Imperador ao fundar a Escola de Medicina da Bahia, em 1808 ?

1.1 - A Questão dos Projetos Pedagógicos

As unidades de ensino, as academias, atuam através de projetos pedagógicos, que podem ser conceituados como idéias, como força que direcionam o trabalho educacional.

Tais projetos podem estar estabelecidos explicitamente ou estar embutidos nos currículos e pesquisas e definidos de acordo com os condicionantes estruturais e os diferentes modelos de práticas sociais profissionais.

Não há, portanto, processo educacional sem um projeto pedagógico, ainda que este não esteja claramente definido e

articulado e que se expresse através do que se denomina de currículo oculto, o que ocorre quase sempre.

O pressuposto dessa análise é o de que um projeto pedagógico é determinado, em maior parte, pelos elementos ideológicos de um modelo de prática profissional hegemônico, em determinado momento e em determinada sociedade.

No ensino médico latino-americano, têm surgido, nos últimos anos, diferentes projetos pedagógicos, todos com seu "locus" de reflexão nas universidades. Essas, "... por mais que tente colocar-se como transformadora da realidade social, têm sempre ido a reboque das decisões geradas por outros segmentos sociais. Por mais que se proponha a um fazer transformador, acaba por escamotear sua romântica proposta vanguardista" (ANDRADE: 1978, 12).

Ainda que não se explicitem claramente suas estratégias, percebe-se três tendências principais: a de modernização do ensino, a de integração docente-assistencial e a de integração docente-assistencial-investigacional. A Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), organização que representa 48.000 estudantes de medicina do país, aglutinados em 76 Centros Acadêmicos, possui uma proposta de transformação do ensino médico que já vem sendo debatida por alunos e professores em algumas escolas médicas.

1.1.1 - Projeto de Modernização do Ensino

O Projeto de modernização do ensino ou do processo educacional, implanta-se a partir dos laboratórios de relações humanas e ensino médico, desenvolvidos por Edward Bridge e trazidos para a América Latina pela Organização Panamericana de Saúde, através das Oficinas de Educação Médica.

Esse movimento teve conseqüências na década de 70, com a divulgação da taxionomia de objetivos educacionais de Bloom, com os objetivos comportamentais de Mager, com os objetivos psicomotores de Manilla, com a disseminação da metodologia de análise de funções e tarefas clínicas, com a crescente valorização da assessoria pedagógica e com a difusão e mitificação da tecnologia educacional. E levou à institucionalização de centros nacionais ou regionais de tecnologia educacional em saúde, como, no caso brasileiro, o NUTES / CLATES.

Tal projeto pedagógico constitui, tão somente, um movimento interno ao processo educacional que apresenta efeitos puramente modernizantes - uma modernização reflexa - sem implicar em mudança educacional real.

Reflete, de um modo geral, a preocupação com a ideologia da eficiência e da produtividade no ensino e tem implícita a

hipótese de que os problemas educacionais são de natureza metodológica.

A aplicação desse projeto pedagógico - muito comum no ensino médico brasileiro - leva, por consequência, a um processo de reordenação curricular de caráter modernizante, que se esgota em si mesmo e que, finalmente, representa uma mudança sem mudança.

1.1.2 - Projeto de Integração Docente-Assistencial

Esse projeto surge como resultado de reflexões vindas de dentro das universidades e determinado pela manifestação da crise da medicina flexneriana no interior das faculdades e escolas.

É, pois, um projeto que pode ser denominado de acadêmico-cêntrico.

A idéia de Integração Docente-Assistencial surge, "... no mundo capitalista, num período de grande estrangulamento das políticas sociais, com uma pressão social cada vez maior, em uma situação de deterioração gradual do nível de vida e saúde da população, com insuficiência do quadro institucional para uma

resposta correspondente; apresenta-se como uma proposta racionalizadora, visando a um tempo um planejamento mais adequado e racional dos recursos humanos para operar o setor saúde e a potencialidade de se imprimir ao mesmo um maior dinamismo, eficiência e proteção" (RODRIGUES NETO: 1979, 3).

Esse projeto pedagógico pressupõe que as mudanças na educação médica devem ser feitas por uma indução centrípeta, a partir de áreas periféricas de integração de docência e serviço que, ao colocarem a universidade em contato com a realidade social, determinariam, certamente, modificações no modelo educacional médico.

Ainda que esse projeto seja mais abrangente que o da modernização, ele, na prática educacional brasileira, tem se mostrado de valor limitado porque, quase sempre, tem sido reduzido a programas de extensão do curso, em ambientes extra-murais, verdadeiros apêndices do ambiente intra-mural hegemônico.

O projeto da integração docente-assistencial se confunde, especialmente no ensino das profissões de saúde, com os programas de extensão, entendidos no seu significado convencional, ou seja, como atividades apêndices às de ensino.

Esse projeto pedagógico tem marcado a própria estrutura organizacional das universidades brasileiras onde é rara aquela

que não dispõe de um Conselho de Extensão, separado dos Conselhos de Ensino e Pesquisa.

A visão de extensão implica numa proposta de algo que é levado por quem se encontra dentro dos muros - a academia - a quem se encontra fora dos muros - a comunidade dos marginalizados - atendida por precários serviços de saúde. Significativamente, muitas vezes, é denominada de atividade extra-mural.

Essa atividade extencionista não perde seu caráter secundário em relação ao seu centro difusor, a atividade de ensino ou atividade intra-mural.

E o que é importante, apesar da retórica da integração, separam-se ensino e extensão, como atividades isoladas, sob a hegemonia do ensino intra-mural.

É necessário que se entenda que isolar o ensino de extensão é fazer o jogo da alienação, pois isso significa cercar a universidade de muros, de modo que seu espaço interno possa ser controlado e esteja imune às influências externas. Em outras palavras, implica em criar um cordão sanitário que impeça a contaminação do saber oficial pelas gritantes realidades sociais e dos serviços. E, o que sai, vai de dentro para fora, num movimento, e a um tempo, deseducativo e normatizador.

Esse projeto, de um modo geral, não afeta a entidade educacional como um todo, estando localizado em "guetos" institucionais, geralmente os Departamentos de Medicina Preventiva e Social. O que parece ser mais grave é que, ao não considerar uma prática médica alternativa à medicina científica, opera com simplificações desse modelo de prática, de qualidade inferior, dados os parâmetros clássicos, destinada a populações marginalizadas de regiões periféricas. Essa conduta leva a um processo de esquizofrenização pedagógica, que cria dúvidas e incertezas nos sujeitos do processo de ensino-aprendizagem.

Não se pode negar ou invalidar a importância estratégica que tal projeto tem tido em algumas universidades, ainda que se mostre limitado. Ele pode configurar um processo de transição em busca de uma real integração entre docência e assistência, o que implicaria em mudanças curriculares substantivas nas faculdades e na qualidade das práticas dos profissionais nos serviços.

1.1.3 - Projeto de Integração Docente-Assistencial- -Investigacional

O Projeto de Integração Docente-Assistencial-Investigacional surge como uma proposta elaborada por MENDES, segundo o qual, o projeto deve estar dirigido ao desenvolvimento de uma contra-ideologia e de uma contra-prática - a medicina comunitária -, entrando o componente de pesquisa como o eixo da integração entre o ensino e o assistência. "Esse projeto objetiva a superação do paradigma da medicina científica e de seu modelo pedagógico que vamos denominar de convencional, a construção da prática da medicina comunitária e de seu modelo pedagógico que vamos chamar de inovador.

Dessa forma, esse projeto supera a visão restrita da extensão, porque esta não é algo dissociado da atividade de ensino e pesquisa, mas a sua própria essência" (MENDES:1985,42).

Por correspondência, neste projeto educacional, desaparece a dicotomia dos espaços acadêmicos interno e externo e o processo de integração passa a se distribuir por diferentes espaços sociais como o urbano integrado, o urbano periférico, o rural concentrado e o rural disperso e por diferentes espaços institucionais como o espaço domiciliar, o espaço ambulatorial da

rede de serviços básicos, o espaço ambulatorial especializado e os diferentes espaços hospitalares, em programas que não serão mais de extensão, mas de medicina com a comunidade.

A escola supera seu isolamento e se integra com os serviços e com as comunidades, num processo de inserção na realidade.

Assim o modelo convencional é posto como uma realidade a ser transformada e o modelo inovado como uma imagem-objetivo a ser alcançada. A estratégia de mudança parte de um real (ou de um pseudo-concreto?) para um utópico (ou para um verdadeiro-real?).

A utopia tem um papel fundamental na educação, posto que, não pode haver um projeto pedagógico sem que se ponha em marcha uma utopia educacional, entendida como a capacidade do educador de ir além do real (ou do pseu-concreto?) e de criar novos possíveis (o realmente real).

1.2 - A Questão do Marco Conceitual

Tanto o processo educacional, quanto as práticas profissionais, estruturam-se a partir de um marco conceitual. Pode-se, portanto, estabelecer um marco conceitual para a educação médica, e outro para a prática médica, sem perder de vista a identidade entre seus elementos constitutivos.

"O marco conceitual representa uma construção social que resulta, historicamente, de uma multiplicidade de processos que se expressam, de uma parte, na autonomia relativa da prática e da educação médicas e, de outra, ao nível dos conjuntos sociais em que essa prática e essa educação se constituem e se exercitam" (MENDES: 1985, 79).

Segundo ANDRADE (1971), no caso particular da educação médica, que os egressos tendam a transformar-se em especialistas em lugar de médicos gerais; que dediquem mais atenção aos problemas da saúde individual que aos da coletividade e às ações curativas mais que às preventivas; que tendam a desdenhar, em sua prática, os fatores psicológicos e sociais que participam na gênese da enfermidade para dar maior valor aos puramente biológicos, são fatos que vêm preocupando os educadores médicos de todo o mundo há várias décadas e que são a expressão do marco

conceitual da prática médica.

Portanto, a questão do marco conceitual pertence ao campo das ideologias. É o conjunto de normas e princípios, amalgamados por uma definição estrutural ideológica, que rege a organização e o comportamento institucional e, por extensão, os indivíduos que fazem parte de tais instituições.

Quando se refere, então, ao marco conceitual da educação médica, há de se procurar identificar os sistemas de valores, idéias e prescrições não explicitadas formalmente, que penetram educandos e educadores, conferindo-lhes uma inteligência particular que induz a uma ação educativa determinada. Ou seja, há que se desvendar as ideologias subjacentes a certos modos de pensar e fazer a educação médica e há de se estabelecer sua organicidade.

1.2.1 - O Marco Conceitual na Educação Médica

Convencional

Os elementos ideológicos da medicina científica - o mecanicismo e o biologismo; o individualismo e a especialização; a ênfase na medicina curativa e a exclusão de práticas alternativas; a tecnificação do ato médico e a concentração de recursos -, somam-se a outros pertencentes à sociedade como um todo e que se reproduzem no campo educacional. No seu conjunto, tais elementos ideológicos constituem o marco conceitual do ensino convencional.

Esse pano de fundo ideológico leva à construção de um modelo convencional de educação médica, prevalescente no Brasil, e que pode ser caracterizado a partir de um tipo ideal, isto é, reforçando suas características arquiteturais. São elas:

a) Quanto à integração das funções educacionais:

As funções educacionais clássicas - docência, assistência e pesquisa - são tratadas isoladamente.

b) Quanto à definição do conteúdo de ensino:

Definido a partir do conhecimento existente e com critérios de senso comum.

c) Quanto à estruturação do plano de curso:

Plano de curso estruturado em microdisciplinas orientadas por especialidades médicas.

d) Quanto às relações de conhecimento:

A teoria antecede a prática, o básico antecede o clínico e há grande ênfase na simulação.

e) Quanto à orientação geral do currículo:

Currículo dirigido para a doença ou lesão e com ênfase no curativo e na reabilitação.

f) Quanto ao espaço educacional:

O espaço educacional é dicotômico mas prevalece o espaço interno e a ação externa se faz sob a forma de extensão.

g) Quanto à natureza dos recursos humanos formados:

Formação uniprofissional, de modo geral forma médico a nível de graduação.

h) Quanto ao uso de tecnologia:

Ensino centrado no uso e difusão de tecnologia de alta densidade de capital.

i) Quanto à metodologia de ensino:

Metodologia de ensino centrada em aulas expositivas.

j) Quanto à estrutura física:

Estrutura física desintegrada através de áreas alocadas especificamente a departamentos ou disciplinas.

k) Quanto ao planejamento educacional:

Planejamento educacional realizado exclusivamente por professores

l) Quanto à natureza do pessoal docente:

Pessoal docente especializado por microdisciplina.

m) Quanto à relação professor-aluno:

Relação autoritária ou paternalista.

n) Quanto à natureza da pesquisa:

Ênfase na pesquisa biológica.

Desses elementos arquiteturais resulta um currículo convencional composto por inúmeras disciplinas que não guardam entre si um nível adequado de integração e que pode ser caracterizado como um currículo microdisciplinar.

1.2.2 - O Marco Conceitual da Educação Médica

Alternativa

A procura de marco conceitual alternativo para a educação médica é um desafio que se coloca para os cientistas que, no Brasil, se encontram preocupados com a crise da prática da medicina científica e de seu modelo de ensino convencional.

Isso coloca a necessidade de se buscar um novo marco conceitual que sirva à prática e à educação médicas no Brasil e que é o marco conceitual da medicina comunitária. Seus principais elementos ideológicos são:

- Determinação do processo saúde-doença : o biologismo restrito não é negado mas é superado pela incorporação de variáveis sociais que são determinantes das doenças.

- Objeto coletivo: a medicina comunitária resgata a característica coletiva do objeto da prática médica.

- Integração de atividades promocionais, preventivas e curativas : a medicina comunitária ao reconhecer os problemas decorrentes do corte entre as condutas promocionais, preventivas e curativas, sob a hegemonia do curativo, procura recompor a integralidade do ato médico, sob a hegemonia do promocional e

preventivo.

- Descentralização da atenção médica : a concentração dos recursos da medicina científica nos espaços urbano e hospitalar é substituída pela idéia de níveis de atenção e universalização da atenção primária e elementar.

- Inclusão de práticas médicas : valorizam-se as práticas médicas alternativas e procura-se captar o discurso popular da medicina para integrá-lo, dialeticamente, com o discurso oficial.

- Equipe de saúde: o especialismo é substituído pela idéia de equipe, onde se distribuirão as funções médicas por diversos tipos de recursos humanos, profissionais ou da própria comunidade.

- Tecnologia apropriada: sem negar a importância relativa de certas tecnologias de alta densidade de capital, de eficácia comprovada, a medicina comunitária valoriza a tecnologia apropriada ou seja, a tecnologia que seja eficaz adaptada às condições sociais e culturais e que favoreça a auto-suficiência e a auto-confiança da população.

- Participação comunitária: a comunidade deve participar ativamente dos processos educacionais e da prática médica, como condição básica de sua democratização.

Esse marco conceitual, explicitado a nível de seus principais elementos ideológicos, não se constroe "a priori"; ao contrário, deve ser induzido a partir da reflexão sobre uma nova prática profissional e um novo modelo de educação médica.

Um novo modelo de educação médica, o modelo inovado, emergirá a partir da estruturação da prática da medicina comunitária e do exercício da função crítica a nível das universidades. Seus elementos arquiteturais são os seguintes:

a) Quanto à integração das funções educacionais:

Docência, assistência e pesquisa, totalmente integrados.

b) Quanto à definição do conteúdo de ensino:

Definido a partir da análise da realidade social e das práticas médicas.

c) Quanto à estruturação do plano de curso:

Plano de curso estruturado em módulos, integrados por níveis de atenção.

d) Quanto às relações de conhecimento:

Teoria e prática, básico e clínico são integrados e a simulação é limitada ao pequeno número de tarefas essenciais que ocorrem com baixa frequência clínica.

e) Quanto à orientação geral do currículo:

Curriculo orientado para a manuteção da saúde.

f) Quanto ao espaço educacional:

Superação da dicotomia espacial através de um processo educacional orgânico a diversos espaços sociais.

g) Quanto à natureza dos recursos humanos formados:

Formação multiprofissional da equipe médica.

h) Quanto ao uso de tecnologia:

Ensino centrado na tecnologia apropriada.

i) Quanto à metodologia de ensino:

Metodologia de ensino centrada em atividades de grupo referidas ao objeto de transformação.

j) Quanto à estrutura física:

Estrutura física integrada segundo os níveis de atenção.

k) Quanto ao planejamento educacional:

Planejamento educacional realizado conjuntamente, por alunos, professores, funcionários e comunidade.

l) Quanto à natureza do pessoal docente:

Docente integrado em módulos de ensino.

m) Quanto à relação professor-aluno:

Relação pessoal e colaborativa.

n) Quanto à natureza da pesquisa:

Pesquisa dirigida à solução de problemas de saúde das populações majoritárias.

O modelo inovado deverá provocar uma mudança radical no currículo médico que passará a ser estruturado por níveis de atenção e organizado, não mais por microdisciplinas, mas por módulos de ensino.

Nesse sentido a lógica da estruturação curricular passa a ser definida pela organização do sistema de saúde do país.

Por isso mesmo, esses currículos serão dinâmicos, porque mutáveis ao longo do tempo, de modo a acompanharem a evolução da organização sanitária.

Nessa concepção de ensino modular pretende-se superar a fragmentação dos conteúdos e a separação entre teoria e prática, através do processo de ação-reflexão, de tal modo, que o processo de ensino-aprendizagem conduza a uma ação sobre os objetos da realidade de modo a transformá-la.

O ensino modular, a partir da análise das práticas profissionais, leva à concreção dos problemas que o estudante deve abordar - os objetos da transformação.

Disso resulta que os problemas não estão limitados a uma abordagem teórica nem a uma informação abstrata. Ao contrário, a idéia chave do ensino modular - o objeto da transformação - implica numa posição epistemológica em que os conhecimentos não provém unicamente da percepção, nem da sensação, mas da totalidade da ação do sujeito, que interatua com o objeto em um contexto determinado. Isso é profundamente diferente das bases epistemológicas do ensino convencional por micro disciplinas, seja em sua vertente mecanicista - onde o sujeito (o aluno) é passivo, contempla e recolhe o conhecimento a partir do registro de estímulos do exterior - , seja na sua vertente ativista - em que o sujeito é um criador de realidades através de uma concepção subjetivista do conhecimento.

2. - Uma Nova Prática Médica - Um Novo Ensino Médico

2.1 - Por uma Medicina Comunitária

A medicina científica por suas características estruturais, tornou-se altamente seletiva e, portanto, inalcançável pela maioria das populações. Assim, esse paradigma precisou ser modificado para se ajustar às novas demandas da sociedade capitalista.

Na Conferência de Alma-Ata (OMS/UNICEF:1979) declarou que, "dada a magnitude dos problemas de saúde entre os países e em cada país, e na crença de que a saúde é um direito humano fundamental e uma meta social mundial, a Conferência instou por um novo enfoque de saúde e um novo critério de serviços, a fim de reduzir a distância que separa os "privilegiados e os carentes", de obter uma distribuição mais equitativa dos recursos de saúde e de alcançar um nível de saúde que permita a todos os cidadãos do mundo desfrutarem uma vida social e economicamente produtiva".

Esse novo enfoque de saúde e esse novo critério de serviços implicaram na emergência de um novo paradigma, o da

medicina comunitária, que se apresenta, também, sob os eufemismos de cuidados primários de saúde, atenção primária, medicina simplificada, programas de extensão, medicina rural e outros. Esse modelo é definido pela Conferência de Alma--Áta, como cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para os indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de desenvolvimento, dentro do espírito de auto-confiança e auto-determinação.

A medicina comunitária, na realidade, representa a racionalização da medicina através de modificações internas da prática médica, sem afetar seus condicionantes estruturais. Portanto, ela se constitui numa reforma médica moderada que se coloca como alternativa às propostas mais radicais.

Isso significa o reconhecimento de que a medicina comunitária tem uma dimensão histórica e que, por conseguinte, na sua concretização, assume relações orgânicas com o tipo de formação social em que incide.

Esta análise diz respeito à medicina comunitária dos países capitalistas, em sua versão oficial, que difere, grandemente nas suas funções, no seu conteúdo e no seu aspecto

organizacional, da medicina comunitária que se pratica em certos países socialistas. Nesses países a medicina comunitária é substitutiva da medicina científica, na medida em que constitui um sistema único que atinge, por igual, a toda a população.

Nas formações sociais capitalistas, a medicina comunitária é uma prática médica de caráter complementar, em um sistema dual onde ela coexiste com a medicina científica, sendo seu objeto, as categorias sociais, excluídas do processo de medicalização dessa última. Portanto, a emergência desse novo modelo de prática médica não substitui, pela exclusão, a medicina científica, que continua a ocupar seu espaço hegemônico, o de atendimento às demandas das categorias sociais privilegiadas. Antes, viabiliza-a ao completar um sistema de medicina de classes.

A medicina comunitária é, pois, no sistema capitalista, a medicina dos marginalizados, urbanos e rurais. Seu espaço é o espaço dos marginalizados, ou seja, as áreas rurais e peri-urbanas.

Suas origens devem ser buscadas nas experiências de sistemas de saúde ocorridas em países subdesenvolvidos, principalmente na África colonial inglesa. Os trabalhos de saúde realizados em países como Quênia, Zâmbia e Uganda, como parte da estratégia de expansão capitalista dos países colonizadores, são

sistematizados e passam a constituir a base técnica de uma medicina simplificada. Essa base técnica é utilizada pelas universidades e órgãos governamentais norte-americanos na estruturação de programas de medicina comunitária, destinados às populações marginalizadas, como parte das políticas sociais de guerra à pobreza, implementadas no início da década de 60 nos Estados Unidos.

A medicina comunitária americana une à experiência técnica africana componentes ideológicos de integração social dos marginalizados. "Frente à relativa estabilidade política que caracteriza as relações de classe na sociedade norte-americana, a manifestação no cenário político, as tensões imediatamente relacionadas à situação das minorias, mas remetendo a fenômenos tais como o desemprego, o subemprego e a conseqüente marginalização de outras áreas de participação social, sugeria a necessidade de recomposição no tratamento dispensado a algumas das questões sociais. Essa recomposição implica na interferência na esfera do consumo, através de programas destinados a proporcionar educação elementar, assistência periódica, treinamento profissional, assistência médica, entre outras, a uma parcela delimitada da população norte-americana, aquela cuja incapacidade de compra direta de bens e serviços pudesse ser

enquadrada nos limites institucionalmente estabelecidos para demarcar a faixa da pobreza" (DONNANGELO: 1975, 88).

Paralelamente, a medicina comunitária passa a ser difundida, sob a forma de projetos-pilotos, a outros países subdesenvolvidos da África, da Ásia e da América Latina, através do financiamento por fundações filantrópicas norte-americanas. Esses projetos de construção e difusão do novo paradigma, utilizaram as universidades como seu ponto de apoio, tendo em vista o papel a elas imputado de "agentes de mudança".

Em 1968, a Fundação Rockefeller reuniu, na Itália, um grupo significativo de professores e cientistas para uma avaliação das experiências de diversos países e, naquele encontro, pode-se estruturar as bases conceituais e metodológicas da nova medicina social, a medicina comunitária. A ligação orgânica entre o capital monopolista, a universidade e os pesquisadores, que se estabelecera no limiar da medicina científica refaz-se na busca de alternativas para sua crise.

Na década de 70, agências internacionais como a Organização Mundial de Saúde e o Banco Mundial começam a difundir a atenção primária em saúde. Esse Banco, dos quatro projetos em saúde subvencionados em 1966, passa para vinte e dois em 1973, e

chega até a definir uma política setorial de saúde em 1975.

A consolidação definitiva, em escala internacional, da medicina comunitária ocorre na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata em 1978, na Rússia, sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância, UNICEF.

A transposição da medicina comunitária para a América Latina se fez através, principalmente, da Organização Panamericana da Saúde e de projetos financiados por fundações privadas norte-americanas.

Experiências-piloto desenvolvidas com financiamento de fundações filantrópicas americanas, por universidades da América Latina e do Caribe, são avaliadas e constituem uma força irresistível, porque representam "uma concepção justa dos fins da vida para as coletividades marginalizadas pelos serviços de saúde" (CEITLIN: 1978, 4).

Um número cada vez maior de países latinoamericanos, através de seus governos, incorporam a medicina comunitária nas suas políticas oficiais.

O processo brasileiro se inicia através de projetos-piloto, dentre eles o de Paulínia, da Universidade Estadual de Campinas, financiado parcialmente pela Fundação Kellogg e os projetos de Sistemas Integrados de Saúde do Norte de Minas e de Caruaru, desenvolvidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde de Minas Gerais e Pernambuco, com financiamento da USAID e assistência técnica da Organização Panamericana de Saúde.

Desde 1975, com a aprovação da lei que criou o Sistema Nacional de Saúde, várias medidas governamentais vão aproximando o atendimento à saúde no Brasil ao modelo da medicina comunitária, ganhando um caráter mais objetivo, atualmente com as Ações Integradas de Saúde.

A participação das universidades em todos os momentos é definitiva, tanto das universidades estatais quanto das particulares, uma vez que sua participação no sistema o viabiliza e as verbas dele decorrentes as viabilizam.

A medicina comunitária implica na emergência, a um só tempo, de dois movimentos aparentemente contraditórios. De um lado, um movimento de simplificação tecnológica que confere viabilidade à proposta racionalizadora; de outro, um movimento de alargamento que permite ao novo modelo de medicina ampliar as suas funções sociais. Essas funções, seguramente, não se restringem àquelas enunciadas no discurso oficial, quais sejam, as de proteger e promover a saúde dos povos para que eles possam

"...atingir um nível de saúde que lhes permita levar uma vida econômica e socialmente produtiva, como parte do desenvolvimento e no espírito de justiça social" (OMS/UNICEF: 1979, 6). O movimento de alargamento das funções da medicina comunitária faz-se no sentido da ampliação das funções ocultas da medicina.

Esse é o caso da reprodução da força de trabalho pela medicina comunitária. Esse novo paradigma ao atuar, diretamente, sobre a mão-de-obra rural ou peri-urbana, aumenta sua capacidade e sua produtividade. Além disso, ao satisfazer às necessidades mínimas de saúde, melhora a qualidade do exército industrial de reserva. O documento de política setorial do Banco Mundial - no qual se faz uma clara opção pelo modelo de medicina comunitária - mostra como as doenças reduzem a disponibilidade de trabalho, desperdiçam recursos, particularmente nutrientes, e deterioram a produtividade da mão-de-obra, mesmo em situações de desemprego ou subemprego.

A medicina comunitária desempenha, também, um papel de racionalização econômica, uma vez que, sendo uma forma de prática médica de baixo custo, permite ao Estado economizar recursos que podem ser realocados para os setores produtivos da economia. No desenvolvimento desse tipo de mecanismo, muitas vezes, o discurso oficial utiliza-se do eufemismo do planejamento participativo que, na realidade, esconde o verdadeiro objetivo de buscar

recursos na própria comunidade, para diminuir investimentos estatais no campo social.

À medicina comunitária tem sido imputada uma função de redistribuição de renda. Contudo, contra-argumenta-se que esta redistribuição é fictícia porque desloca o problema de seu foco real, o da barganha pela redistribuição justa do produto social.

Ela tem, como objetivo fundamental, a "extensão" da cobertura dos serviços de saúde. Sua primeira forma de intervenção social manifesta-se em relação à sua clientela, os marginalizados. Para tanto, a marginalidade é definida com base em desvios relativos ao padrão de normalidade de integração social. Assim, a marginalidade pode ser equacionada, atuando-se sobre ela sem modificar a estrutura social. "Uma vez que a marginalização e integração são entendidas como situações polares extremas de um "continuum", admite-se como possível que através de ações adequadas, tais como as ações comunitárias, se desencadeie uma caminhada rumo à integração. Como para essa concepção funcionalista da sociedade há uma homogeneidade entre o social, o econômico e o político, que passam a se constituir em variáveis interdependentes sem uma hierarquia de determinações, a escalada rumo à integração pode se iniciar indiferentemente a partir de ações relacionadas com a saúde, a educação, a habitação, a melhoria das condições de trabalho, etc" (SBFC: 1977, 45).

A medicina comunitária também cumpre funções ideológicas ao transmitir a doutrina oficial a respeito da problemática social, o que implica na difusão de conceitos etnocêntricos sobre a origem das doenças e os tipos de ação para controlá-las.

Ao introduzir, no interior das populações peri-urbanas ou rurais, uma burocracia médica, institui, concomitantemente, um mecanismo disciplinar que penetra o cotidiano das pessoas sancionando, mediante recompensas e castigos, os procedimentos normais e desviantes. A medicalização do desvio, que já é parte da função de controle social da medicina científica, tem sua área de jurisdição ampliada pela medicina comunitária. Ela constitui, finalmente, um mecanismo repressivo, seja de normas e regulações sanitárias até então inexistentes, seja por programas coercitivos como nutrição e planejamento familiar, que devem atuar sobre as condições de pobreza, mascarando seus determinantes estruturais.

2.2 - Os Elementos Estruturais da Medicina Comunitária

A medicina comunitária apresenta um conjunto de elementos estruturais que, na dinâmica de sua interação, determinam a configuração teórica e operacional desse paradigma.

As denominações alternativas que a medicina comunitária recebe correspondem, quase sempre, à ênfase que se dá a um ou outro desses elementos.

Os elementos estruturais da medicina comunitária são: o coletivismo restrito; a integração de atividades promocionais, preventivas e curativas; a desconcentração de recursos; a utilização de tecnologia apropriada; a inclusão de práticas médicas alternativas; a utilização da equipe de saúde; a participação comunitária.

2.2.1 - Coletivismo Restrito

O objeto da medicina, que fora coletivo anteriormente à medicina científica, e que, nesta, se individualizou, volta a

retratar suas características coletivas na prática médica.

Esse resgate expressa-se numa ampliação do interesse tradicional e quase exclusivo no paciente individual, doente e hospitalizado, para incluir uma preocupação com a saúde de grandes unidades sociais ou grupos populacionais, seja comunidade ou nação, cujas necessidades coletivas de saúde possam ser fixadas e avaliadas e, em relação as quais, se definam sistemas apropriados de atenção à saúde a serem promovidos.

Impõe-se, no entanto, demarcações bem definidas a esse objeto, a fim de que se o restrinja aos limites da comunidade local. As razões ideológicas desta restrição do coletivo devem ser buscadas na concepção do paradigma consensual de comunidade, o qual vê a comunidade local como o espaço onde se estabelecem fortes ligações integrativas, onde se partilham interesses comuns.

2.2.2 - Integração de Atividades Promocionais, Preventivas e Curativas

A medicina comunitária, ao reconhecer os problemas decorrentes do corte entre as condutas promocionais, preventivas e curativas, sob a hegemonia do curativo, procura recompor a integralidade do ato médico.

"A recomposição do sentido totalizador da prática implica, portanto, antes de mais nada, no descentramento do enfoque biológico e a correspondente orientação de cada ato médico, no sentido de aprender e interferir com a complexidade do paciente, dada por sua inclusão em um campo de relações onde a família aparecerá como unidade fundamental; a consideração do conjunto de fatores que concorrem para a emergência da enfermidade e de sua integração, a fim de que a interferência se oriente para momentos precoces do processo saúde-doença, antecipando-se, sempre que possível, à necessidade do recurso a ações curativas" (AROUCA, 1975, 167).

Enquanto proposta oficial, a medicina comunitária procura reintegrar o ato médico em coerência com a sua finalidade racionalizadora, para que ele se torne mais eficaz e eficiente.

A recomposição do processo da doença faz-se reconhecendo o seu carácter natural, portanto, a-histórico, que desarticula a prática médica da sociedade em que ela se concretiza.

A medicina comunitária exclui o ambiente mediato do processo saúde-doença, onde se dá a sua determinação social e incorpora, à sua prática, o ambiente imediato, procurando nele atuar, principalmente, através de ações simplificadas de saneamento.

"As ações preventivas e curativas, sob a forma de serviços básicos, devem ser providas universalmente mas, com alta prioridade, para grupos vulneráveis e de alto risco" (OMS/UNICEF, 1979, 21).

Por conseguinte, a integração de atividades promocionais, preventivas e curativas pela medicina comunitária, reveste-se de nítido carácter ortopédico, na medida em que se limita a rearranjos interiores à própria prática médica.

2.2.3 - Desconcentração de Recursos

A desconcentração da medicina comunitária oficial, guarda coerência com os seus objetivos eficientizadores de estruturar uma prática médica de baixo custo, capaz de estender a cobertura dos serviços de saúde. Essa desconcentração pretende viabilizar a universalização dos cuidados primários que "... representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual as unidades de saúde são levadas o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde" (OMS/UNICEF: 1979, 3).

A desconcentração de recursos assenta-se em dois conceitos básicos: a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde.

A regionalização implica no reconhecimento da complementariedade econômica de regiões desigualmente desenvolvidas, "onde coexistirão momentos e situações de saúde diversos, expressos em necessidades e disponibilidades de recursos diferentes. As regiões de saúde devem apresentar uma

certa homogeneidade, uma nítida interdependência espacial entre o conjunto de cidades, recursos de saúde suficientes e abrigar uma população expressiva" (MENDES: 1985, 54).

Estreitamente ligado à regionalização está o conceito de hierarquização pelo qual os serviços de saúde devem se organizar numa ordem de complexidade crescente das unidades operacionais. MACEDO (1980), como exemplo, afirma que "dados empíricos e pesquisas internacionais, confirmados pelos estudos já realizados no Brasil, evidenciam que as necessidades de saúde de nossa população, em sua maioria, são de natureza simples, cujo atendimento adequado requer apenas recursos e técnicas a nível de cuidados primários. Essas necessidades correspondem a, aproximadamente, 90% da demanda total do serviço de saúde, 2/3 dos quais podem ser atendidos sem a participação direta do médico. Apenas os 10% restantes exigiram a prestação de serviços de maior complexidade e, destes, cerca de 2%, necessitam de serviços de alta especialização".

A hierarquização contém, ainda, a idéia de sistema de referência, definido como a necessidade de se atender as pessoas em unidades simples e colocadas o mais próximo possível de suas residências. Há, portanto, a necessidade de distribuição conveniente no espaço, a fim de otimizar o atendimento.

2.2.4 - Utilização de Tecnologia Apropriada

Um dos componentes críticos da inflação médica da medicina científica é a sofisticação tecnológica. A medicina comunitária, como prática que objetiva a extensão de cobertura, precisa, para se tornar viável, reverter este processo, o que realiza através da proposta de utilização de tecnologia apropriada. O discurso oficial é bastante claro: "para todos os níveis do sistema de saúde é chegada a hora de proceder a uma análise crítica de seus métodos, técnicas, equipamentos e drogas, visando a exclusiva utilização das tecnologias comprovadamente úteis e financeiramente acessíveis. Essa revisão é fundamental para os cuidados primários de saúde, dada a tendência histórica de concentração em torno de tecnologias médicas, mais apropriadas ao uso hospitalar do que aos serviços de vanguarda. O âmbito e o propósito dos cuidados primários de saúde e a capacidade técnica dos responsáveis por sua prestação, tornam a disponibilidade de tecnologia apropriada mais importante do que nunca" (OMS/UNICEF: 1979, 32-33).

"A tecnologia apropriada não significa, somente, tecnologia simplificada e de baixo custo. É mais do que isso. Ela incorpora os seguintes elementos:

- Adaptação às condições sociais e culturais da população;
- Reconhecimento da existência de caminhos opcionais para lograr a satisfação das necessidades de saúde;
- Favorecimento da auto-suficiência e da auto-confiança das populações;
- Incorporação de critérios de custo-eficácia sob o ponto de vista social" (VIDAL: 1977, 209).

2.2.5 - Inclusão de Práticas Médicas Alternativas

Ao contrário da medicina científica, a medicina comunitária procura incorporar as formas alternativas, acadêmicas e populares de medicina, a fim de que possa tornar-se mais eficaz e eficiente.

Ao reconhecer a extrema riqueza da medicina popular, a medicina comunitária procura incluí-la na sua prática. Essa política está definida na Conferência de Alma-Ata.

"...na maioria das sociedades, existem médicos e parteiras tradicionais. Sendo muitas vezes parte integrante da comunidade, da cultura e das tradições locais e, em muitas localidades continuam a manter alta posição social, exercendo considerável influência sobre as práticas sanitárias locais. Com o apoio do sistema formal de saúde, esses praticantes autóctones podem transformar-se em importantes aliados na organização de medidas para aprimorar a saúde da comunidade" (OMS/UNICEF: 1979, 50-51).

O que fica claro, no discurso oficial, é que, a inclusão da medicina popular se faz sem respeitar sua identidade e autonomia e sem a preocupação de recriar, de desenvolver cientificamente, essa prática alternativa, o que caracteriza a natureza cooptativa desse processo de inclusão.

2.2.6 - Utilização da Equipe de Saúde

A medicina comunitária exige uma nova composição instrumental de recursos humanos, coerente com o novo modelo e capaz de reduzir o custo de pessoal através da distribuição do trabalho médico por diversos tipos de profissionais de saúde.

O novo paradigma exige mudanças na formação e capacitação de recursos humanos, que permitam superar as distorções e as inadequações do processo educacional da medicina científica. Para isso, propõe-se a integração docente-assistencial que é "uma união de esforços de crescente articulação entre instituições de educação e de serviços de saúde, para contribuir para a melhoria das condições de vida da coletividade, mediante a prestação de serviços adequados às necessidades reais da população, à produção de conhecimentos e à formação dos recursos humanos necessários, em um determinado contexto da prática de serviços de saúde e de ensino" (MEC: 1981, 38).

A escola médica penetrada pela medicina comunitária, passa a reproduzir, no seu interior, a dualidade do sistema de saúde. Ela mantém o seguimento hegemônico de ensino da medicina científica e agrega a ele os programas de integração docente-assistencial. Temáticas tais como médico generalista ou de família, treinamento ambulatorial, aprendizado da patologia prevalente, estágio peri-urbano ou rural, começam a dominar o discurso educacional.

Ao mesmo tempo em que esses programas docente-assistenciais difundem a nova ideologia médica, eles "... proporcionam os ladrilhos para a reconstrução de sistemas arcaicos de prestação de serviços, que criam e codificam um tipo

de experiência essencial para as reformulações dos sistemas de assistência médica" (CHAVES: 1978, 23-24).

2.2.7 - Participação Comunitária

Uns dos elementos estruturais de maior peso é o da participação comunitária.

As origens da participação comunitária estão nos Estados Unidos e na Europa Ocidental, onde se desenvolveram os primeiros projetos de desenvolvimento comunitário. Após vinte anos de experiência desses programas em países subdesenvolvidos, passou-se a questionar a sua eficácia em produzir resultados e, por isso, no início da década de 60, desenvolveu-se nos Estados Unidos um novo modelo de programa comunitário, destinado a populações marginalizadas, em relação aos quais, se instituiu a "guerra à pobreza". Esses programas, denominados programas de ação comunitária, transcendem a uma dimensão exclusivamente assistencialista e constituem uma tentativa planejada de reconstrução ou recriação da comunidade, com base na mobilização

e coordenação a nível local, dos recursos sociais, na idéia de que uma comunidade, auto-confiante e com elevado espírito de auto-ajuda, pode superar seus problemas.

Os programas de ação comunitária alicerçam-se no conceito de comunidade local, entendida como uma população, uma localidade, um conjunto de instituições, uma variedade de atividades e um sistema de compreensão que formam um todo, ligado e significativo para o indivíduo.

2.3 - A Grande Utopia: O Médico como Educador

A análise que se intentou da proposta oficial da medicina comunitária, nos países capitalistas, não pretende uma negação antecedente e definitiva da validade desse novo paradigma e do valor de seus elementos estruturais.

Sem eliminar uma certa intencionalidade e uma funcionalidade da medicina comunitária oficial, é preciso reconhecer que essa proposta não se realiza aprioristicamente, mas que é recriada, constantemente, num processo de entrecchoques de interesses e formas de influência e de pressões políticas. Assim, qualquer proposta de medicina comunitária, na dialética de

sua operacionalização e no desenvolvimento real de suas contradições, constitui um espaço aberto onde podem se movimentar os atores interessados em mudanças sociais democratizadoras.

A medicina comunitária oficial contém em si um dilema. Ao lado de ser uma reforma médica moderada, pode ser, também, uma forma de conscientização da determinação estrutural dos problemas de saúde. "Nesta situação os problemas de saúde vêm a ser relacionados com os problemas de produção e da distribuição de bens e serviços e, em última instância, com decisões políticas. Serviços de saúde tornam-se meios ao invés de fins dos programas de saúde comunitária: a mais alta prioridade será dada à utilização da saúde para motivar o povo a pressionar pela melhoria de seus padrões de consumo e de sua qualidade de vida" (SOMARRIBA: 1978, 40).

"Em um mundo em que as normas são produzidas pelo engenheiro ou o pedagogo, a ação humana se desnaturaliza e perde suas coordenadas tradicionais. Até o presente, todos os sistemas éticos repousavam no pressuposto de que a ação humana não é exterior à condição humana. Considerando que todos, tácita ou explicitamente, implicavam que esta condição humana era mais ou menos dada uma vez para todos, o campo de ação do homem era estreitamente circunscrito. A natureza era considerada como relativamente invulnerável, toda transgressão de suas fronteiras experimentava um castigo, quer o intruso se chamasse Ícaro,

Édipo, Prometeu ou Xerxes. A distinção era clara entre os instrumentos que os deuses tinham concedido à humanidade, e que funcionavam dentro de um nexo cósmico harmonioso, e os outros tipos de máquinas, como as asas de Ícaro, inventadas para provocar o fracasso desse nexo de forças. Technos, a arte que tinha produzido os instrumentos, era um tributo à necessidade e não uma vara mágica permitindo a busca frenética dos sonhos. Enfrentava-se os deuses, atribuía-se-lhes um desígnio, percebia-se deste modo a intencionalidade da ação divina como definida e iluminada pelo que estava inscrito numa ordem superior.

Na era industrial, não é somente o objeto da ação humana que é novo, mas sua própria natureza. Não enfrentamos mais deuses que agem, porém o funcionamento das forças cegas da natureza. Em vez de levar em conta os limites dinâmicos de um universo agora conhecido, agimos como se estes não se traduzissem em limiares críticos para a ação humana. Tradicionalmente, o imperativo categórico podia definir e validar a ação como sendo verdadeiramente humana; ao fixar diretamente limites à ação de cada um, ele exigia portanto o respeito a uma igualdade liberada para os outros.

Indiretamente, esse imperativo reconhecia os limites da ação fixados pela condição humana. A perda de uma condição humana

normativa introduz uma novidade, não apenas no ato humano, mas, igualmente, na atitude do homem em face do quadro em que aquele se opera. Para permanecer humano ainda que o caráter sagrado de seu quadro tenha desaparecido, é necessário a esta ação fundamento ético reconhecido dentro de novo tipo de imperativo" (ILLICH:,1975, 194-95).

Historicamente, conforme foi colocado no I Capítulo desse trabalho, a prática da medicina ocorria contaminada por reflexões éticas que definiam seus limites e possibilidade e que eram geradas no bojo da comunidade. Posteriormente, esse balizamento ético foi assumido pelos professores e, depois, pelas universidades. A partir da Revolução Industrial, a ciência e a tecnologia apropriadas pelo sistema econômico não encontraram mais barreiras que lhes impusesse mobilização crítica.

A condição humana se vê ameaçada por posturas intervencionistas, o que se revela de maneira clara na área da medicina. O rompimento com esse quadro intervencionista e paternalista só se fará ao nível da conduta dos profissionais de saúde e ao nível da expectativa da comunidade.

O aprendizado de novas formas de relação entre a medicina e a comunidade passa, obrigatoriamente, pelas universidades, pelas escolas médicas, pelos currículos e programas.

A prática médica compete estabelecer relações dialógicas com os doentes, penetrando seu universo de referências culturais, sua percepção de corpo, de vida e de sua própria doença, trocando com eles possibilidades terapêuticas a partir de sua realidade sócio-econômica, sem que isto ocorra como uma forma de invasão técnica e científica.

O ato médico se converte numa ação educativa, do qual o doente sairá fortalecido não apenas do ponto de vista biológico, mas preparado para o exercício do cuidado consigo e com os outros e para a livre disposição do seu corpo.

A medicina terá então se colocado como um ato político e poderá "... desempenhar um papel de faísca, desencadeando um processo geral de libertação em outros domínios onde a expansão do sistema heteronômico alcançou igualmente níveis mórbidos" (ILLICH: 1975, 196).

CONCLUSÃO

A maioria das pessoas dos países do terceiro mundo, durante toda a sua existência, não entra em contato com profissionais de nível universitário. Não contactuam, pessoalmente, com um engenheiro ou um advogado. O médico, entretanto, é um profissional ao qual todas as pessoas recorrem em algum momento de suas vidas, geralmente em momentos difíceis. Elas têm expectativas em relação ao seu comportamento, precisam dele.

Quando se aborda a questão dos países do terceiro mundo, fala-se da falta de saneamento básico, da falta de habitação adequada, da promiscuidade, do desemprego e subemprego, fala-se da fome. É nesse contexto que ocorre o encontro entre o médico e o paciente.

Esse encontro não acontece no âmbito das relações interpessoais mas no campo da ciência médica, a partir de critérios, normas, padrões e protocolos por ela determinados. E a medicina, como foi visto nessa dissertação, vem, desde sempre, pactuando com as elites, com as classes dominantes, falando a linguagem do poder.

Essa realidade é reproduzida pelas escolas médicas sob forma da linguagem científico-tecnológica, desnuda de qualquer reflexão ética sistematizada, apresentando limites impostos apenas pela economia, pela técnica, pela ciência.

Esse quadro, atualmente em atividade, já vem causando movimentos de reação no seio da própria categoria profissional que vislumbra a possibilidade de reversão a partir de uma medicina comunitária, quando a ciência e a tecnologia não estariam a serviço da economia de países centrais, mas usadas em benefício da população; quando a linguagem ensinada nas escolas médicas seria a da saúde do seu povo com todas as implicações culturais e éticas daí advindas.

A medicina comunitária não se constitui num modelo perfeito, mas numa forma mais eficaz, eficiente e, acima de tudo, mais humana de prática médica, viável para um país capitalista.

BIBLIOGRAFIA

ACKERKNECHT, E.

Anticontagionism between 1821 and 1867. Bull Hist. Med., 1948.

ANDRADE, J.

La estrategia educacional en el plan de estudios. Ed. Med.Sal., 1971.

BARIETY,

Histoire de la médecine. Paris, Fayard, 1963.

BARK, W.C.

Origens da Idade Média. Rio de Janeiro, Zahar, 1962.

BUKHARIN, N.

O imperialismo e a economia mundial. Rio de Janeiro, Ed. Laemmert, 1975.

CARVALHO, D.

História Geral. Rio de Janeiro, s/data.

CASTIGLIONI A.

História da Medicina. São Paulo, Cia Editora Nacional, 1947.

CECHINI, A.L.

ética en medicina. Barcelona, Editorial Científico-Médica, 1973.

CHAUII, M.de S.

Ideologia e Educação. Educação & Sociedade, 1980.

CHAVES, M.M.

Saúde, uma estratégia de mudança. Rio de Janeiro, Guanabara Dois, 1982.

CHILDE, G.V.

A evolução cultural do homem. 4a. ed., Rio de Janeiro, Zahar, 1966.

CLAVREUL, J.

A ordem médica - Poder e Impotência do Discurso Médico. São Paulo, Brasiliense, 1983.

COON, C.S.

A história do homem. 2a. ed., Belo Horizonte, Itatiaia, 1960.

DEANE, P.

A Revolução industrial. 3a. ed., Rio de Janeiro, Zahar, 1975.

DONNANGELO, M.C.F.

Medicina e Sociedade. São Paulo, Pioneira, 1975.

FERRARA, F.A. et alii,

Medicina de la comunidad. 2a. ed., Buenos Aires, Intermédica, 1976.

FORI, J.L.C. Introdução.
In: GUIMARÃES, R.

Saúde e medicina no Brasil, contribuição para um debate. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

FOUCAULT, M.

História de la medicalizacion. Ed.med. sal., 1977.

La crisis de la medicina o lola crisis de la antimedicina. Ed. Med. Salud, 1976.

O nascimento da clínica. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1980.

FREIDSON, E.

Profesional dominance the social structure of medical care. Chicago, 1970.

GRANDA, D.S.

Considerações sobre a natureza e a dinâmica da prática médica. Ed. Med. Sal., 1975.

GUISANDE, G.S.

História de la medicina. Buenos Aires, Atlântida, 1945.

HORROBIN, D.F.

Ou va la medicine? Nemesis ou nom? Response à Ivan Illich. Forum Mond Santé, 1980.

ILLICH, I.

A expropriação da saúde, nêmesis da medicina. 3a. ed., Ed. Nova Fronteira, 1975.

KUHN, J.C.

A estrutura das revoluções científicas. São Paulo, Ed. Perspectiva, 1975.

LANDMANN, J.

Evitando a saúde e promovendo a doença, o sistema de saúde no Brasil. 2a. ed., Rio de Janeiro, Edições Achané, 1982.

Medicina não é saúde. 2a. ed., Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1983.

A outra face da medicina. Rio de Janeiro, Ed.Salamandra, 1984.

A ética médica sem máscara. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara, 1985.

LUZ, M.T.

As instituições médicas no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1979.

MACHADO, R. et alii.

Danação da norma, medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

MELLO, C.G. de & CARRARA, D.

Saúde oficial, medicina popular. Rio de Janeiro, Marco Zero, 1982.

MORGAN, J.

La humanidad pré-histórica. 2a. ed., Barcelona, Cervantes, 1947.

ROSEN, G.

A history of public health. New York, MD. Publ., 1958.

Da polícia médica à medicina social. Rio de Janeiro, Graal, 1980.

VAZQUEZ, A.S.

ética. Rio de Janeiro, Ed. Civilização Brasileira, 1985.

VIDAL, C.A.

Medicina comunitaria: nuevo enfoque de la medicina. Ed. med. Sal., 1983.

BITTENCOURT, L.C.M. & GASPAR,
E.D.

Localização dos serviços de saúde
em áreas urbanas: considerações
teóricas. Rio de Janeiro, ENSP,
Cadernos de Saúde Pública, 1980.

BRAGA, J.C.S.

A questão da saúde no Brasil, um
estudo das políticas sociais em
saúde pública e medicina
previdenciária desenvolvimento
capitalista. Campinas,
Dissertação de Mestrado, 1978.

BREILH, J.

Community medicine under
imperialism: a new medical
police? Int. J. Health Serv.,
1979.

CEITLIN, J.

Medicina de la comunidad.
Caracas, FEPAFEM, 1978.

CHAVES, M.M.

Reflexiones sobre medicina
comunitária. In: CEITLIN, J.
Medicina de la comunidad.
Caracas, FEPAFEM, 1978.

CHILDE, G.V.

Saúde e sistemas. Rio de Janeiro,
Fundação Getúlio Vargas, 1978.

CONFERÊNCIA INTERAMERICANA
SOBRE AVALIAÇÃO EM SAÚDE.

Relatório, Brasília, CNPq, 1983.

CONOVER, P.W.

Social class and chronic illness.
Int. J. Health Serv., 1973.

CORDEIRO, H.A.

Prática médica na América Latina.
Memórias do Inst. Med. Social,
1978.

Sistemas de saúde. O Estado e a
democratização da saúde. Rio de
Janeiro, Escola Brasileira de
Administração Pública, 1978.

CORREA, A.V.

Educação técnica. Brasília, MEC,
1970.

EHRENREICH, B. & EHRENREICH, J.

Health care and social control
social policy. 1974.

FERNANDEZ, A.F.T.

El sistema nacional de salud de
Cuba. In: NEWELL, K.W. La salud por
el pueblo. Ginebra, OMS, 1975.

GARCIA, J.C.

La educación médica en la América
Latina. Washington, Organización
Panamericana de la Salud, Publ.
Cient., 1972.

FENDALL, N.R.E.

Primary medical care in eveloping
countries. Int. J. Health Srv.,
1972.

FLEXNER, A.

Medical education in the United
States and Canada. Carnigie
Foudation for the Advancement of
Teaching, 1910.

GARCIA, J.C.

La educación médica en la América
Latina. Washington, Organização
Panamericana de la Salud, Publ.
Cient., 1972.

La articulacion de la medicina e de la educacion en la estructura social. S.n.t., mimeografado, s/data.

KUNITZ, S.J.

Profesionalism and social control in the progressive: the case of Flexner Report. Social Probl., 1974.

MACEDO, C.G.

Extensão de ações de saúde através dos serviços básicos. Brasília, VII Conferência Nacional de Saúde, 1980.

McKEOWN, T. & McLACHLANG, G.

Medical history and medical care: a Symposium of Perspectives. New York, Oxford Univ. Press., 1971.

MEC -

Programa de integração docente-assistencial. Brasília, Imprensa da UFGO, 1981.

MENDES, E.V.

Evolução histórica da prática médica. Belo Horizonte, s/data, mimeografado.

NAVARRO, V.

Ideologia y ciência: el caso de la medicina. Rev. Transción, 1980.

NEWELL, K.W.

La salud por el pueblo. Ginebra, OMS, 1975.

OMS/UNICEF

Cuidados Primários de Saúde.
Relatório da Conferência
Internacional sobre Cuidados
Primários de Saúde, Alma-Ata,
URSS, setembro de 1978. Brasília,
UNICEF, 1979.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE
LA SALUD.

Tecnología en función de
extensión de la cobertura de
servicios de salud, atención
primaria y participación de la
comunidad. San José, Relatório
del Segundo Grupo de Estudio,
1977.

PIOLA, S.F. & CASTRO, C. de M.

A alta tecnologia na medicina:
mais saúde ou mais lucros?
Conferência Interamericana sobre
Avaliação Tecnológica em Saúde.
Brasília, 1982, mimeografado.

PREPPS -

Integração docente-assistencial:
conceito e conteúdo. Brasília,
Relatório do Seminário sobre
Integração Docente-
Assistencial, 1976.

RODRIGUES NETO, E.

Integração docente-assistencial
em saúde - origens, implicações e
perspectivas. Dissertação de
mestrado, Faculdade de Medicina
da USP, São Paulo, 1979,
mimeografado.

SBPC SEÇÃO SAÚDE REGIONAL.

A saúde e a medicina no Brasil:
contribuição para um debate. Rio
de Janeiro, 1977, mimeografado.

SOMARRIBA, M.M.G.

Community health and class society: the health programme of Norte de Minas, Brazil.
University of Sussex, 1978.

VIANNA, S.M. & PINTO, V.G.

A assistência médica da Previdência Social. Brasília IPEA/CNRH, 1981, mimeografado

Aproximaciones a tecnologia y salud. Bol. Ofic. San. Pan., 1977.

ZIEM, G.

Medical education since Flexner. Health Pac. Bull., 1977.

ZOLA, I.D.

Medicine as institution of social control. Soc. Rev. 1972.