

## ALOPATAS, HOMEOPATAS E ACUPUNTURISTAS. A MEDICINA CIENTÍFICA EM QUESTÃO

Célio da Silva Pereira\*

### Resumo

O presente artigo constitui esforço no sentido de pensar as possibilidades de mudança na medicina científica tendo em vista a presença marcante dos sistemas médicos alternativos no cenário mundial. Sendo assim, será tomada como principal referência a pesquisa que desenvolvi no mestrado acerca de médicos alopatas que, em determinado momento, iniciaram esforços sistemáticos no sentido de compreender e incorporar recursos terapêuticos oriundos desses sistemas, mais especificamente da medicina tradicional chinesa e da homeopatia unicista. Cumpre salientar que as mudanças em questão dizem respeito, por um lado, aos fundamentos epistemológicos da ciência médica e, por outro, à dinâmica relacional médico/paciente.

*Palavras-chave: saúde; doença; sociedade; cultura; identidade.*

### Introdução

É considerável o número de pessoas que, mesmo tendo acesso aos serviços de médicos alopatas oferecidos por clínicas particulares, hospitais e postos de saúde públicos, ainda assim preferem consultar e se tratar com profissionais dos denominados sistemas médicos alternativos (SMAs), tais como homeopatia, medicina tradicional chinesa, iridologia, naturopatia, florais etc.

Acompanhando esse movimento, é igualmente considerável o número de médicos que, apesar de terem investido tempo e dinheiro na formação em cursos de medicina e respectivas especializações no Brasil

\* Doutorando em Sociologia pela Universidade de Brasília.

e no exterior, procura conhecer, incorporar e aplicar os recursos oriundos desses sistemas – o que é bastante evidente quando se trata da medicina tradicional chinesa (MTC), mais especificamente a acupuntura. Muitas vezes ocorre de o alopata abrir mão de toda sua formação para abraçar um desses sistemas – ou uma combinação deles –, geralmente quando se trata da homeopatia unicista (HU), que é uma corrente dentro da homeopatia que insiste em manter suas tradições, seus fundamentos filosóficos, ao contrário da corrente pluralista, que se transformou procurando ajustar-se aos critérios de legitimidade científica que orientam a prática da medicina ortodoxa, alopática.

O fato é que surgem aqui e ali, espalhando-se por praticamente todo o mundo, consultórios e clínicas que oferecem os serviços de homeopatas, acupunturistas, iridologistas, naturopatas e outros mais, muito embora um número considerável destes, contrariando as deliberações do Conselho Federal de Medicina (CFM), exerça suas atividades sem a devida formação acadêmica em medicina. Ou seja, não passaram pelos “rituais” de iniciação e formação que caracterizam o campo da ciência médica.

Dessa forma, com relação ao reconhecimento ou não da adequação e capacitação desses profissionais em oferecer à população serviços de cuidados com a saúde, os debates no âmbito do CFM são acirrados e tensos, com avanços e retrocessos, críticas, retaliações, autorizações, reconhecimentos e proibições. Até o momento não se conseguiu chegar a um conjunto de medidas que satisfizesse aos vários atores diretamente envolvidos nos embates, dos denominados “alternativos” de um lado, passando pelos alopatas menos ortodoxos e propensos ao reconhecimento e liberalização dessas práticas médicas, aos alopatas mais conservadores e críticos, do outro lado, que votam simplesmente pela proibição sem ressalvas. O caráter complexo e polêmico do problema advém do fato de que em jogo está uma combinação de fatores políticos, econômicos e científicos.

A partir do momento em que se evidencia um aumento das demandas sociais em torno dos SMAs – tanto por parte das pessoas que procuram resolver seus problemas de saúde, quanto por parte de médicos menos ortodoxos que, ao observar tal tendência, procuram ajustar-se a ela –, é de se esperar que ocorram mudanças significativas no âmbito da medicina científica, da medicina regularmente praticada em hospitais e

demais instituições públicas e/ou particulares, tendência que começa a evidenciar-se em cursos de medicina em algumas universidades federais de renome no país, como a Universidade de Brasília (UnB), que vem oferecendo cursos de pós-graduação e/ou especialização em medicina tradicional chinesa e palestras sobre homeopatia para seus alunos, futuros profissionais da área.

Também nesse sentido vale destacar iniciativa implementada no pronto-socorro de Planaltina, cidade-satélite do entorno do Distrito Federal. Ali, a partir da reunião de alopatas, acupunturistas, homeopatas e da utilização de conhecimentos populares sobre ervas medicinais, fundou-se o Centro de Saúde Integral, cujo objetivo é atender a população carente do local.<sup>1</sup>

É claro que mudanças, não importando em que campos especificamente, sempre são acompanhadas de conflitos, choques, vitórias e derrotas – e os debates no âmbito do CFM bem atestam isto. Mas se é realmente assim, se começa a haver mudanças, quais seriam e em que sentido? O que propriamente estaria mudando, e de que forma? Todo o trabalho a ser apresentado no presente artigo, tanto a parte teórica quanto empírica baseada em entrevistas com médicos alopatas, acupunturistas e homeopatas, teve como objetivo tentar responder a essas questões, pois assim teria condições de visualizar as possibilidades de mudança no campo da medicina científica.

Contudo, cabe adiantar que, ao final da pesquisa, constatou-se que os alopatas que se envolveram com a HU e a MTC<sup>2</sup> acabaram por consolidar posicionamentos críticos com relação à prática médica alopática, principalmente a que se desenrola em hospitais públicos, onde são muito comuns as consultas ultra-rápidas e a prescrição de medicamentos cujos efeitos colaterais acabam por provocar mais problemas de saúde para os pacientes. Ou seja, ao entrar em contato com essas duas modalidades, esses médicos acabaram encontrando elementos que auxiliaram na consolidação das críticas à medicina, críticas que, como ficou evidenciado nas entrevistas, resultaram, em muitos casos, em frustrações na vida profissional.

Com relação a isto cabe aqui uma pergunta: o que é intrínseco à HU e à MTC que faz com que acabem funcionando como suportes para as críticas à prática médica alopática?

Primeiramente, trata-se de sistemas que, em comparação à medicina alopática – principalmente pelo fato de conservarem suas bases metafísicas, religiosas –, informam leituras distintas sobre o corpo humano e, conseqüentemente, formas igualmente distintas de lidar com problemas de saúde, que são encarados como decorrentes de desequilíbrios energéticos que afetam o homem na sua totalidade orgânica e emocional.

Sendo assim, as doenças não são disfunção de órgãos e tecidos apenas, mas do indivíduo em sua totalidade, do indivíduo que em determinado momento começa a experimentar dificuldades no exercício de atividades físicas e sociais, do indivíduo que pode estar passando por um momento de readaptação orgânica devido a mudanças naturais decorrentes de deslocamentos geográficos, mudanças climáticas, envelhecimento etc., daí o diagnóstico valorizar uma leitura minuciosa dos sintomas, mas abordando fenômenos que vão além das manifestações estritamente orgânicas. Para o tratamento, é preciso que o médico saiba como o indivíduo percebe e vivencia suas relações com o meio ambiente, com o próprio corpo, e se está satisfeito ou não com sua atividade profissional, com suas relações familiares, amorosas, de amizade etc.

Ao contrário do que ocorre na alopatia, nesses dois sistemas o diagnóstico não é feito predominantemente a partir de variáveis de normatização previamente estabelecidas pela fisiologia; o ponto de partida não é o resultado de exames laboratoriais, mas uma observação centrada nas singularidades orgânicas e emocionais da pessoa que adocece, levando-se em conta o contexto social, cultural e natural onde vive. Ou seja, a abordagem incide sobre o que podemos identificar como o ponto de interseção entre corpo, cultura, sociedade e personalidade individual.

Nesses dois sistemas não existem propriamente o diabetes, a hepatite, a gripe etc.; existe, isso sim, o indivíduo diabético, o indivíduo que manifesta sinais de hepatite, gripe, e assim sucessivamente, mesmo porque as doenças são encaradas, sobretudo, como 'avisos' do corpo de que algo vai mal na vida da pessoa que adocece.

## O trabalho de campo

A parte empírica da pesquisa consistiu na realização de entrevistas com profissionais distribuídos em quatro categorias: 1ª) médicos exclusivamente tradicionais da MTC; 2ª) médicos alopatas que

incorporaram alguns fundamentos e técnicas da MTC; 3ª) médicos alopatas que passaram a trabalhar exclusivamente com a HU, e 4ª) médicos exclusivamente alopatas.

Com relação ao tipo de técnica empregada no levantamento dos dados, optou-se pela entrevista do tipo despadronizada ou não-estruturada. Neste caso, segundo Lakatos & Marconi (1990):

O entrevistado tem liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção que considere adequada. É uma forma de poder explorar mais amplamente uma questão. Em geral, as perguntas são abertas e podem ser respondidas dentro de uma conversação informal. [...] Há um roteiro de tópicos relativos ao problema que vai estudar e o entrevistador tem liberdade de fazer as perguntas que quiser: sonda razões e motivos, dá esclarecimentos, não obedecendo, a rigor, a uma estrutura formal [...] Em geral, é utilizado em estudos de situações de mudança de conduta. (Marconi & Lakatos, 1990, p. 85)

A aplicação dessa técnica foi garantia para o estabelecimento de uma interlocução dinâmica na qual tive a oportunidade de verificar o grau de clareza e inteligibilidade do processo comunicativo. Ou seja, através dela foi possível verificar até que ponto estava sendo inteligível em meus questionamentos e, por outro lado, até que ponto minhas análises e conclusões refletiam a realidade estudada.

O objetivo das entrevistas com os profissionais da primeira categoria foi obter informações que me permitissem, por um lado, ter uma idéia a respeito do que é a MTC enquanto prática tradicional de cuidados com a saúde – aqui os profissionais não tinham absolutamente qualquer tipo de formação em alopatia –, e, por outro, e a partir dessas informações, poder verificar até que ponto os alopatas que incorporam os recursos desse sistema se afastam ou não de seus fundamentos. Constatou-se que é comum um certo grau de afastamento, pois, pelo fato de tratar-se de sistema cujas origens socioculturais e filosóficas constituem cosmovisão com características bem particulares, em muitos aspectos distintas da nossa, muitas vezes torna-se difícil uma apreensão completa das sutilezas de alguns de seus princípios terapêuticos mais fundamentais.

Sobre esse ponto são interessantes as seguintes declarações do Dr. JW, de 65 anos e nacionalidade chinesa:

Qualquer pessoa, se não entra em um curso bom, estuda prática, ele não vai conhecer acupuntura, ele só pega acupuntura, pega agulha e coloca corpo, mas interiormente ele não conhece. Compra agulha, tudo do mesmo tamanho, aplica bumbum; ele pensa assim. Esse é uma estuda, uma medicina, não é brincadeira; tem teoria, tem tudo. Medicina brasileira estuda o corpo: cabeça, nariz, pele, osso...; ele não estuda meridiano,<sup>3</sup> ninguém ensinar isto. Anatomia chinesa é assim – anatomia chinesa tradicional. Pulmão, coração, estuda aqui, mas esse meridiano do pulmão, este meridiano do coração, Brasil não tem esse conhecimento, só os chineses têm.

Corpo humano né, para medicina tradicional, é pensar como uma pequena universo; chinês pensa corpo igual pequena universo. Por isso esses meridianos, esse ponto né, coloca como parece montanha, estrela. Chinês, olhando um corpo humano né, é um pequena universo. Esse meridiano, ele para estrangeiro conta número né, o número um, dois, três. Para chineses cada ponto tem significação, tem nome. Tem de nuvem, tem de rio, tem de montanha, tem de estrela etc.

Eu aqui não é só acupuntura. Eu aqui é clínica chinesa integral. Às vezes eu toca seu corpo, então todo clínica chinesa junto. [...] Mais uma coisa eu quero falar: especial este medicina tradicional, acupuntura ou doin, não é só botar agulha e pronto; falta estudo, falta prática. Ele fez acupuntura, compra agulha, fura, tá bom. Exemplo: doin é tocar corpo de pessoa. Doin é mais difícil que tocar piano. Pianista para tocar bem estuda quanto tempo, você pensa? Tocar corpo de pessoa é mais complicado que piano. Não é assim fácil. Assim vai perder o crédito a medicina tradicional chinesa.

Percebemos aqui uma avaliação crítica que vai no sentido de demonstrar que, quando incorporada por médicos alopatas, a acupuntura passa por uma espécie de descaracterização, pois ao ser tomada de forma desvinculada dos princípios filosóficos, dos significados, símbolos e sinais que constituem a totalidade da medicina tradicional chinesa, transforma-se em mera técnica de aplicação de agulhas em pontos específicas do corpo, haja vista o fato de que, como alerta o entrevistado, enquanto na China aos meridianos são atribuídos nomes, no Ocidente

atribuem-se-lhes números. Ou seja, opera-se então um relativo esvaziamento dos referenciais simbólicos a partir dos quais constitui-se uma forma bem particular de percepção e entendimento sobre o corpo humano, algo de fundamental importância para a eficácia terapêutica desse sistema médico.

No entanto, como ficou evidenciado nas entrevistas, tal incorporação não deixou de estimular mudanças significativas na forma como os profissionais alopatas integrantes da segunda categoria percebiam o corpo humano, a saúde e as doenças, algo capaz de gerar mudanças significativas na dinâmica relacional médico/paciente.

Com relação aos profissionais da segunda e terceira categorias, a importância dos seus relatos advém do fato de que encontram-se na área de interseção entre a medicina científica e a MTC e HU. Ou seja, como são profissionais que na sua formação passaram pelos cursos regulares de medicina, submetendo-se aos 'rituais' requeridos para o exercício da profissão, e, em determinado momento, começaram a estudar e aplicar os recursos oriundos das outras duas, conheceram o melhor e o pior dos dois mundos; são profissionais que aprenderam a olhar com outros olhos o corpo humano, os problemas de saúde/doença e, conseqüentemente, a prática médica alopática.

Ora, se meu objetivo foi pensar as possibilidade de mudança no campo da medicina científica, certamente a situação desses profissionais forneceria elementos bastante significativos para reflexões nesse sentido, pois espelha a natureza dos conflitos, as compatibilidades e incompatibilidades entre os sistemas médicos em questão. Esses profissionais, a partir do momento em que começaram a se envolver com a MTC e a HU, absorvendo outros paradigmas, outras "crenças", outras técnicas e procedimentos, outras leituras sobre o corpo, colocaram-se em situação bastante conflituosa e difícil: ao mesmo tempo em que começaram a sistematizar suas críticas à prática médica alopática, começaram também a ser alvo de questionamentos e críticas de seus colegas mais conservadores.

A partir dos depoimentos colhidos, ficou claro que, se por um lado as críticas e discriminações ainda persistem, principalmente entre os alopatas que trabalham na área cirúrgica e suas várias especializações, por outro evidencia-se um enfraquecimento delas, o que indica tendências

no sentido de uma maior aceitabilidade, algo que pode ser evidenciado nas seguintes declarações:

Antes de eu começar a trabalhar com a acupuntura, eu comecei a trabalhar com plantas medicinais e nessa época tive muita reação. Inclusive, eu procurei começar dentro dos serviços; foi há dez anos. Em relação à fitoterapia a gente teve uma reação muito grande: “Ah! vai virar raizeiro, está deixando de ser médica”, que é uma coisa que pelo tempo que eu já tenho dessa vivência eu vejo que agora é totalmente diferente. Com a acupuntura eu já não tive tanta reação. Mas a gente sente que ainda hoje, embora a acupuntura seja considerada uma especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina, a gente ainda tem determinadas resistências dentro do meio médico. (Dra. FS)<sup>4</sup>

Com a homeopatia, a maioria dos colegas médicos, principalmente da área cirúrgica, eles achavam que era bruxaria. Alguns falavam que era bruxaria, outros achavam que era uma coisa muito bizarra mesmo. Então, realmente houve muita resistência, principalmente quando eu fui para Anápolis – eu trabalhei lá durante algum tempo – havia uma barreira muito grande. (Dr. S.)<sup>5</sup>

[...] você inicia muito ligado à classe médica tradicional. No que você manifesta alguma tendência, algum interesse pela homeopatia, é uma coisa muito difícil porque você passa a ser ridicularizado. Eu estou falando de uma experiência antiga. Atualmente talvez nem tanto assim, embora em alguns meios, em alguns locais, você ainda seja ridicularizado ostensivamente por uma manifestação de antipatia pela homeopatia. (Dr. G)<sup>6</sup>

A quarta e última categoria foi composta por médicos alopatas exclusivamente. Aqui o objetivo foi coletar material que me permitisse ter uma idéia sobre a forma como eles encaram a MTC e a HU e, conseqüentemente, como avaliam as iniciativas de seus colegas de profissão que passaram a trabalhar com esses dois sistemas.

Quando perguntei sobre o que pensavam a respeito do aumento das demandas sociais em torno da MTC e da HU, suas respostas giravam sempre em torno do argumento de que, na verdade, tratava-se de uma espécie de modismo, de uma onda passageira, que ganhou grande força principalmente em razão da intensiva divulgação promovida pela mídia.

Com relação a esse ponto podemos destacar a seguinte declaração:

Eu acho que ela [a pessoa, o paciente] está fugindo de várias coisas. Primeiro, o que ela está buscando na verdade é uma ilusão; acho que ela está em busca de uma utopia, ela está em busca da salvação, e podia muito bem achar isso numa igreja, num círculo forte de amizades. A sociedade moderna perdeu isso. Então a pessoa poderia estar muito bem amparada pela igreja, pelo seu pastor, pelo seu padre e tudo o mais, mas hoje ela não tem mais isso. Então começa a buscar outras pessoas para resolver um problema que na verdade é só dela, não é nem de doença. Ela começa a buscar resolver um problema pessoal, uma crise existencial, uma angústia – que na verdade é algo inerente a todos nós. Então vai buscar no médico dela. Como nós estamos habituados a tratar de doença, e não encontramos nessa pessoa nenhuma doença, ela não se sente satisfeito. Aí começa a busca de esquemas “alternativos”, aí vai buscar a homeopatia, toma os remédios e tal, aí também vê que não resolve, volta a procurar e vai atrás da acupuntura... E na verdade o paciente fica circulando até que cai na mão de uma pessoa que exerce mais um quadro, que além da homeopatia ele atua também como um confessor, um amparo. A pessoa pára ali. Por isso que é errado dizer “esse paciente é meu”; momentaneamente ele está com você, mas amanhã ele vê que aquilo não satisfaz e vai para uma outra coisa. O paciente está na busca do útero, do colo, a eterna busca do colo. (Dr. M.)<sup>7</sup>

Constatou-se também uma maior aceitabilidade com relação à MTC, pois sua eficácia havia sido comprovada – mas apenas nos casos de combate a dores crônicas –, por experimentos realizados no campo da neurologia.

Já com relação à HU, as restrições foram maiores, principalmente porque, segundo os alopatas entrevistados, a eficácia dos medicamentos empregados não havia sido comprovada pela ciência médica. Sendo assim, a força desse sistema deveria estar, na grande maioria dos casos, na capacidade do médico de suggestionar seus pacientes, confortando-os emocionalmente, conversando e dialogando sobre seus problemas pessoais, sobre seus sofrimentos, suas angústias, e coisas do gênero.

Aqui podemos perceber que, para esses profissionais, a eficácia de um sistema médico estaria na sua capacidade de, principalmente

através de medicamentos, agir sobre o corpo humano, alterando, ou eliminando, os processos orgânicos considerados indesejáveis. Sendo assim, uma ação médica no sentido de trabalhar problemas relativos à forma como vive a pessoa que adoece seria de pouca utilidade.

Sobre esse ponto, contrariando argumentações dessa natureza, são muito importantes as reflexões de Georges Canguilhem no trabalho *O normal e o patológico* – sua tese de doutoramento em medicina –, na qual realiza reflexões críticas sobre as explicações médicas centradas exclusivamente no orgânico, no biológico, demonstrando que os metabolismos humanos, além de ser fenômenos bioquímicos, são também fenômenos decorrentes de condicionantes de ordem socioculturais.

Canguilhem critica as pretensões da medicina de, partindo da fisiologia, construir conhecimentos capazes de subsidiar uma prática médica de caráter universal, aplicável a qualquer ser humano independentemente de suas idiossincrasias pessoais e de particularidades da sociedade e cultura em que vive.

Na ação médica alopática, o profissional, na definição de seus diagnósticos e procedimentos terapêuticos, parte geralmente de valores oriundos de experiências realizadas em fisiologia cujo objetivo é “descobrir” os padrões de funcionamento e composição normais de órgãos e tecidos, padrões que definem o que seria o funcionamento normal, saudável, do corpo humano.

Por essa via, o médico acaba agindo no sentido de definir o que é uma patologia, uma doença, um desarranjo, partindo exclusivamente de critérios de normalidade predefinidos, e, neste sentido, as queixas dos pacientes, suas manifestações emocionais, seus comentários, passam a ser encarados como variáveis que muito mais complicam do que auxiliam na compreensão do caso, pois relativamente ao que se pode obter pela fisiologia são informações imprecisas, confusas, muitas vezes derivadas de uma mente atormentada pelo sofrimento.

Para Canguilhem, o percurso deveria ser no sentido contrário: o profissional deveria partir principalmente de informações obtidas a partir do diálogo com seus pacientes, para posteriormente recorrer às informações fornecidas pela fisiologia.

Argumentando então acerca dos determinantes socioculturais sobre os metabolismos humanos – que muitas vezes podem assumir características bastante distintas do que a fisiologia compreende como

normais, mas que no entanto não constituem propriamente uma patologia, uma doença –, Canguilhem retoma alguns experimentos realizados por Laudry & Th. Brosse e Porak. Os dois primeiros ficaram surpresos com a forma como os iogues indus conseguem provocar efeitos fisiológicos extraordinários a partir de uma rígida disciplina religiosa. Sobre isto comenta:

Esse domínio é tal que consegue regular os movimentos peristálticos e antiperistálticos, e usar, em todos os sentidos, a ação dos esfíncteres anal e vesical, abolindo assim a distinção fisiológica entre a musculatura lisa e a estriada. Esse domínio consegue, assim, abolir a autonomia relativa da vida vegetativa. O registro simultâneo do pulso, da respiração, do eletrocardiograma, a medida do metabolismo basal permitiram constatar que a concentração mental, tendendo à fusão do indivíduo com o objeto universal, produz os efeitos seguintes: ritmo cardíaco acelerado, modificação do ritmo e da tensão do pulso, modificação do eletrocardiograma, baixa voltagem generalizada, desaparecimento das ondas, ínfima fibrilação na linha isoeétrica, metabolismo basal reduzido. A respiração é a chave da ação do iogue sobre as funções fisiológicas aparentemente menos sujeitas à vontade; é ela que tem de agir sobre as outras funções, é por sua redução que o corpo fica “no ritmo de vida mais lento comparável ao dos animais hibernantes”. Obter uma mudança da frequência do pulso que vai de 50 a 150, uma apnéia de 15 minutos, uma abolição quase total da contração cardíaca é, certamente, romper normas fisiológicas. A menos que se decida considerar como patológicos tais resultados. (Canguilhem, 1982, p. 130-131)

Com relação a Porak, este realizou trabalhos junto a uma comunidade chinesa buscando compreender o início das doenças estudando as perturbações dos ritmos funcionais.

Os jovens chineses de 18 a 25 anos têm um débito urinário médio de  $0,5\text{cm}^3$  por minuto, com oscilações de 0,2 a 0,7; ao passo que esse débito é de  $1\text{cm}^3$  nos europeus, com oscilações de 0,8 a 1,5. Porak interpreta esse fato fisiológico a partir de influências geográficas e históricas combinadas na civilização chinesa. Dessa massa de influências ele escolhe duas, que, segundo ele, são capitais: a natureza da alimentação (chá, arroz, vegetais, germes de

trigo) e os ritmos nutritivos determinados pela experiência ancestral: o modo de atividade que respeita, na China mais que no Ocidente, o desenvolvimento periódico da atividade neuromuscular. A sedentariedade dos hábitos ocidentais tem uma repercussão nociva sobre o ritmo dos líquidos. Essa desregulação não existe na China, onde as pessoas conservaram o gosto pelos passeios a pé “no desejo ardente de se confundir com a natureza”. (Idem, p. 132)

A partir de ponderações sobre esses estudos, conclui:

Já que as normas fisiológicas definem não tanto uma natureza humana mas, sobretudo, hábitos humanos relacionados com os gêneros de vida, os níveis de vida e os ritmos de vida, qualquer regra dietética deve levar em conta esses hábitos. (Idem, p. 133)

Tomando-se como exemplo as duas experiências, pode-se perceber que muitas vezes as explicações médicas que assumem como ponto de partida padrões de normalidade fisiológica, sem em nenhum momento ponderar acerca dos “gêneros de vida, níveis de vida e ritmos de vida”, podem originar intervenções terapêuticas e profiláticas inadequadas, ou até mesmo prejudiciais.<sup>8</sup> Em outras palavras, partindo-se do normal para o patológico, a prática médica pode diagnosticar doenças, patologias, que não são propriamente as do paciente, pois nem sempre um detalhe anatômico “anormal”, um funcionamento orgânico “irregular”, ou um metabolismo fora dos padrões constitui uma patologia, uma doença a ser curada; tais desvios constituem uma patologia a partir do momento em que alguém, na condição de paciente, manifesta queixas que incidem sobre eles.

Uma pedra numa vesícula biliar atrófica pode não provocar sintomas durante anos e, por conseguinte, não criar uma doença, quando, no entanto, há um estado anatomopatológico [...] A lesão talvez não baste para constituir a doença clínica, a doença do doente. (Idem, p.70)

Em última análise, são os doentes que geralmente julgam – de pontos de vista muito variados – se não são normais ou se voltaram a sê-lo. Para um homem que imagina seu futuro quase sempre a partir de sua experiência passada, voltar a ser normal significa retornar uma atividade interrompida, ou pelo menos uma atividade

considerada equivalente, segundo os gostos individuais ou os valores sociais do meio. Mesmo que essa atividade seja uma atividade reduzida, mesmo que os comportamentos possíveis sejam menos variáveis, menos flexíveis do que eram antes, o indivíduo não dá tanta importância assim a esses detalhes. O essencial, para ele, é sair de um abismo de impotência ou de sofrimento em que quase ficou definitivamente; o essencial é “ter escapado de boa”. (Op. cit., p. 91)

A partir das argumentações precedentes, podemos afirmar que muitas vezes as “doenças” não devem ser vistas apenas como um desvio a ser corrigido, mas como um processo através do qual o organismo, na sua totalidade, pode estar buscando adaptar-se a novas condições de existência, e nisto os valores fisiológicos podem sofrer alterações significativas. Essas novas condições decorrem, por sua vez, de fatores diversos relativos aos processos metabólicos de maturação e envelhecimento e, também, dos esforços de adaptação do indivíduo a novas situações sociais, culturais e/ou naturais, algo muito comum nas sociedades modernas, nas quais, como disse Berman (1992), inspirando-se em Marx, “tudo que é sólido desmancha no ar”.

Sendo assim, muitas vezes saúde não significa necessariamente o restabelecimento de padrões fisiológicos predeterminados, mas sim o estabelecimento de novos, que estejam mais de acordo com as necessidades reais do indivíduo que passa por um processo adaptativo. É nesse sentido que Canguilhem afirma que muitas vezes as doenças significam, na verdade, o surgimento de algo novo.

Apenas quando uma diferenciação orgânica, uma anomalia passa a impedir a realização de determinadas atividades, do ponto de vista do indivíduo, de suas necessidades de interação com o meio, é que se torna um problema a ser investigado e corrigido.

Ou seja, os conceitos de saúde e doença são na verdade definições elaboradas socialmente, pois as atividades desenvolvidas pelo indivíduo, as atribuições inerentes aos seus papéis sociais, a qualidade e valor moral de tudo o que faz têm sentido a partir do momento em que são inseridos num conjunto de valorações. São as representações sociais do meio ao qual pertence o indivíduo que lhe informam os momentos em que está doente e que, portanto, convém procurar auxílio médico.

Nessa perspectiva, as abordagens sistêmicas, as abordagens que não percebem apenas o funcionamento de cada órgão isoladamente, mas do conjunto de órgãos dentro de um sistema em interação com o meio natural, social e cultural, são de fundamental importância. E como vimos, os SMAs funcionam dessa forma.

Muito embora em nenhum momento tenha mencionado qualquer tipo de sistema médico alternativo, Canguilhem afirma que as abordagens do tipo sistêmica são as mais eficientes para definir o que é normal e o que é patológico:

O problema das estruturas e dos comportamentos patológicos no homem é imenso. O portador de um defeito físico congênito, um invertido sexual, um diabético, um esquizofrênico levantam inumeráveis problemas que remetem, em última análise, ao conjunto das pesquisas anatômicas, embriológicas, fisiológicas, psicológicas. Nossa opinião, no entanto, é que esse problema não deve ser dividido, e que as chances de esclarecê-lo são maiores se o considerarmos em bloco, do que se o dividirmos em questões de detalhe. (Op. cit., p. 15)

A doença é um comportamento de valor negativo para um ser vivo individual, concreto, em relação de atividade polarizada com seu meio. Neste sentido, não é apenas para o homem, mas para qualquer ser vivo, que só existe doença do todo orgânico. (Idem, p. 182)

No depoimento dos entrevistados da segunda e terceira categorias foram percebidas tendências no sentido de uma relativização da importância das informações obtidas exclusivamente a partir de exames laboratoriais para o diagnóstico e tratamento, pois ao entrar em contato com essas duas modalidades, a MTC e a HU, suas análises deixaram de estar centradas exclusivamente no corpo, no biológico, na doença, mas no indivíduo em sua totalidade biológica, social, cultural e emocional.

Só peço exames quando acho necessário, quando o paciente quer, se sente mais seguro se pedir exames. Eu peço toda vez que acho necessário. Não é tão freqüente quanto seria numa clínica alopática. (Dr. GS)<sup>9</sup>

[...] o homeopata em geral têm um recurso terapêutico eficaz, que é o medicamento homeopático, e que ele pode lançar mão de um

período, digamos assim, em que ele vai apenas medicar e deixar para fazer exames mais posteriormente, caso eles sejam necessários. E como na maioria dos casos há uma resposta terapêutica, há uma melhora no paciente, esses exames se tornam desnecessários. Você não precisa dos exames para fazer uma conduta medicamentosa. (Dr. G)

Esses profissionais acabaram desenvolvendo uma perspectiva que vai na direção das reflexões e críticas formuladas por Canguilhem, para o qual os metabolismos humanos são indissociáveis da vida em sociedade, uma vida orientada por princípios de conduta socialmente estabelecidos. Sobre esse ponto são interessantes as seguintes declarações:

[...] a gente observa o organismo humano de uma forma mais holística do que a forma ocidental da medicina ensina. Então, eu acho que a medicina tradicional chinesa, em especial a acupuntura, para mim veio complementar os conhecimentos que eu tenho de medicina tradicional. [...] A gente observa detalhes no paciente que antes a gente não estava muito atento para isso. A medicina tradicional chinesa, ela puxa muito por isso; a gente vai observar coisas, vai perguntar coisas ao paciente que antes não iria dar muita atenção. Se o paciente dissesse que quando andava muito tinha dor de estômago, a gente não ia ligar uma coisa com a outra. De repente a gente pode começar a ligar. O ouvido está coçando, e quando está coçando o ouvido tem algum problema interno de determinada ordem [...] Então, esse tipo de detalhe, a gente começou a saber ligar mais, e isso facilita bastante no diagnóstico que a gente tem que dar do paciente. (Dra. FS)

O meu foco de observação não é mais a doença, é o indivíduo, e sobretudo a promoção da saúde naquele indivíduo, e mais do que isso – na pediatria já é um pouco mais difícil –, mas já em crianças maiores, você dando ao indivíduo, colocando nas mãos dele de novo, a possibilidade e a responsabilidade pelo seu processo de saúde. Não é o ato médico que tem que garantir a saúde; cada um tem que ser responsável pela manutenção do seu equilíbrio, pela manutenção da sua saúde. Com os pacientes maiores, aí as coisas caminham muito melhor, com relação a isso. Mas tinha aquela coisa do médico ser o dono da saúde, o que não tem nada a ver. (Dr. D)<sup>10</sup>

[...] na hora de você realmente lidar com a doença e com o doente, me parece que na abordagem alopática acaba que a doença tem uma prioridade muito grande. Então na prática homeopática não, você tem que realmente trabalhar com a pessoa, tem que colher dela dados gerais da relação dessa pessoa com o clima, com o mundo, com as pessoas, com a sua família, com seu trabalho. Não tem como você fazer um trabalho homeopático se você não tiver um contato mesmo com essa pessoa. (Dr. G)

Mas o problema é que uma supervalorização da racionalidade científica e tecnológica, a principal marca da modernidade, funciona muitas vezes como um empecilho à percepção disso.

Sobre esse ponto são interessantes as reflexões de Habermas em *Técnica e ciência como "ideologia"* (1968). Para Habermas, estaríamos hoje presenciando o crescimento de um tipo de dominação ideológica que tem na associação crescente entre ciência e tecnologia justamente as forças destruidoras dos sistemas sociais tradicionais, seus principais pilares de sustentação – aquilo que um dia funcionou como arma de libertação hoje atua como veículo de dominação.

Atualmente, bem ao contrário do que ocorria no feudalismo, por exemplo, a legitimação dos sistemas sociais não está fundamentada na hegemonia de uma visão de mundo religiosa, mas na crença em que o livre desenvolvimento das forças produtivas, auxiliadas pelo desenvolvimento científico e tecnológico, seria capaz de atender a todas as necessidades materiais e espirituais do ser humano, até eliminando as desigualdades sociais.

Dessa forma, para a resolução de todos os nossos problemas existenciais não seriam mais necessárias discussões em torno de questões políticas, morais, éticas, religiosas etc., mas sim em torno de questões e soluções estritamente técnicas. Ou seja, se o sistema social apresenta algum problema, alguma patologia, tal se deve a uma falha administrativa, a algo que pode, e deve, ser corrigido por técnicos devidamente preparados, especializados; tornam-se então desnecessárias discussões fora da esfera da ciência e da técnica, pois tudo pode ser resolvido a partir de uma reprogramação do sistema social, sem comprometer suas bases de sustentação.

Sendo assim, os problemas sociais não seriam mais decorrência, por exemplo, da exploração do capital sobre o trabalho, da exploração da

burguesia sobre a classe trabalhadora, do estabelecimento de um poder político e econômico gerador de desigualdades sociais.

É neste sentido que Habermas afirma que

[...] se o progresso técnico e científico se tornou uma fonte independente de mais-valia frente à fonte de mais-valia que é a única tomada em consideração por Marx: a força de trabalho dos produtores imediatos tem cada vez menos importância<sup>11</sup> [...] Como variável independente, aparece então um progresso quase autônomo da ciência e da técnica, do qual depende de fato a outra variável mais importante do sistema, a saber, o crescimento econômico. Cria-se assim uma perspectiva na qual a evolução do sistema social parece estar determinada pela lógica do progresso técnico-científico. (Habermas, 1968, p. 73)

Decorre daí que, nos sistemas capitalistas avançados, as análises marxistas ortodoxas acabariam perdendo muito em termos de compreensão sobre os mecanismos de mudança social, pois as forças produtivas, na associação constante entre ciência e tecnologia, acabam funcionando como sustentação do sistema, reforçando um tipo de visão de mundo que esconde a natureza política dos conflitos sociais por trás de um discurso que evoca a necessidade de constantes desenvolvimentos tecnológicos e da produção material.

Com a difusão do sistema capitalista, todas as nações, com suas instituições sociais tradicionais, são forçadas à modernização. Tudo precisa estar ajustado, inclusive as relações interpessoais cotidianas, a uma dinâmica social regida pelo tipo de ação racional dirigida a fins, na qual a lógica do cálculo monetário, das administrações burocráticas e impessoalizantes e, como diria Simmel (1997), da eliminação das diferenças individuais através das homogeneizações estatísticas tende a predominar.

Estabelecendo analogias com essas argumentações podemos concluir que, se dentro da medicina observamos um afastamento com relação aos aspectos sociais, culturais e emocionais do processo de adoecimento, isso reflete na verdade algo que é intrínseco ao desenvolvimento das sociedades e culturas ocidentais modernas. Se no nível das organizações sociais os problemas são resolvidos exclusivamente

no âmbito das decisões técnicas, o que torna desnecessárias as discussões políticas, no nível dos problemas individuais, do bem-estar, da saúde do ser humano, a resolução dos problemas deve também ser buscada através do emprego das tecnologias mais avançadas, dos exames mais sofisticados.

Passa a predominar então o desenvolvimento das técnicas do corpo, das intervenções exclusivamente focadas no orgânico, no biológico, em tudo aquilo que é materialmente visível no formato e funcionamento dos órgãos e tecidos. Nesse movimento, é claro, legitima-se o esvaziamento das relações entre médicos e pacientes, pois torna-se desnecessário tematizar acerca das idiosincrasias individuais, de tudo aquilo que delimita a originalidade do indivíduo, suas dores, seus sofrimentos, a qualidade de suas relações sociais cotidianas, de suas relações com o trabalho, com a família, com os amigos etc.

Da mesma forma que, numa cultura moderna racionalizada, separam-se alma e corpo, também em termos das compreensões sobre as doenças separam-se, de um lado, os elementos que dizem respeito às culturas, às sociedades, à subjetividade humana e, do outro, fatores objetivos relacionados à visibilidade material dos órgãos e tecidos: psique, personalidade, caráter, identidade individual, sociedade e cultura, de um lado, e, do outro, os aspectos essencialmente orgânico-funcionais.

Ao longo de todo nosso processo histórico de formação social e cultural, fomos ensinados a perceber as coisas em termos de distinção, de dualidade, de separação entre razão e paixão, entre ciência e religião (ou arte) e entre corpo e mente (ou alma). Impulsionados por essa visão somos levados a pensar nossa existência biológica como devendo estar dentro de limites objetivamente estabelecidos pela ciência.

Ainda vivemos em um mundo onde as verdades por essa via estabelecida apontam nossas possibilidades, mas também nossos limites, que quando rompidos são interpretados como desvio, como patologia, como um defeito a ser corrigido. A partir do momento em que nos permitimos orientar exclusivamente por esses parâmetros, corremos o risco de perder a noção de que na verdade os limites humanos podem ir muito além do que pode ser objetivamente estudado e conhecido pela ciência.

Mas, em um autor como Boaventura de Souza Santos, encontramos reflexões que apontam para possibilidades de alteração desse quadro.



No trabalho intitulado *Introdução a uma ciência pós-moderna* (1989), ao discutir acerca das determinações de ordem social sobre a formação e hegemonia do discurso científico, Santos observa que tal hegemonia implicou o recalcamento de outros saberes, de outras formas de conhecimento denominadas de “senso comum”. Mas atualmente, em virtude, por um lado, das mudanças por que vêm passando as sociedades complexas – em consequência, em parte, dos avanços tecnológicos e suas implicações sobre as transformações na base da produção material, que tende cada vez mais a deixar de estar centrada no industrialismo,<sup>12</sup> e, por outro, ao próprio desenvolvimento da ciência, principalmente após os avanços ocorridos na física, com a mecânica quântica, abrem-se espaços para o reavivamento desses saberes, que vinham sobrevivendo fora dos processos regulares de institucionalização e legitimação científica. A abertura desses espaços associa-se ao que denomina “crise de degenerescência”, que é definida nos seguintes termos:

As crises de degenerescência são crises do paradigma, crises que atravessam todas as disciplinas, ainda que de modo desigual, e que as atravessam a um nível mais profundo. Significam o pôr em causa a própria forma de inteligibilidade do real que um dado paradigma proporciona e não apenas os instrumentos metodológicos e conceituais que lhe dão acesso. Nestas crises, que são de ocorrência rara, a reflexão epistemológica é a consciência teórica da precariedade das construções assentadas no paradigma em crise, e por isso, tende a ser enviesada no sentido de considerar o conhecimento científico como uma prática de saber entre outras, e não necessariamente a melhor. Nestes termos a crítica epistemológica elaborada nos períodos de crise de degenerescência não pode deixar de ser também uma crítica da epistemologia elaborada nos períodos de crise de crescimento. (Santos, 1989, p. 18)

Alguns fatores concorreram para que se operasse uma crise dessa magnitude. Um deles diz respeito ao fato de que, principalmente a partir do século XIX, as várias disciplinas científicas passaram por um progresso vertiginoso, e com isso acabaram se deparando com problemas que suscitaram críticas radicais aos padrões paradigmáticos tradicionais de objetividade e neutralidade científica. Por exemplo, as pesquisas desenvolvidas pela mecânica quântica, ao questionar a aplicabilidade geral

dos princípios fundamentais da física clássica, colocaram em dúvida os padrões que orientam as relações entre os cientistas dos vários campos de especialização e seus respectivos objetos de estudo, demonstrando que muitas vezes as observações não correspondem diretamente ao fenômeno em si, tratando-se na verdade de algo que resulta também da presença e inevitável interferência do sujeito investigador e seus instrumentos de trabalho.

As características daquilo que aqui é denominado “padrão paradigmático” estão atreladas ao que é necessário para o desenvolvimento do pensamento científico. Neste sentido, para se estabelecer como forma considerada mais adequada de conhecimento, a ciência teve de operar uma ruptura epistemológica com o senso comum. Tal ruptura obedeceu aos seguintes princípios: 1) a ciência deve construir-se em oposição às considerações do senso comum e, conseqüentemente, em oposição às orientações meramente práticas; 2) deve ser estabelecida numa relação de estranhamento e subordinação total do objeto ao sujeito do conhecimento; 3) opera-se uma separação entre teoria e prática, assim como também uma separação entre ética e ciência, e 4) deve haver um predomínio de procedimentos que viabilizem quantificações, o que implicará a formação de tendências no sentido de “desqualificação das qualidades”.

Em virtude da conjunção desses fatores, principalmente as ciências exatas, biológicas e naturais fecharam os olhos aos fenômenos cuja natureza resulta da ação de fatores subjetivos, algo bastante significativo quando se trata de medicina, que em sua trajetória rumo à cientificidade, e apoiando-se principalmente na física, na química e na biologia, desenvolveu-se muito em termos de conhecimento objetivo sobre o corpo humano, sua anatomia, sua composição muscular e óssea, sobre o funcionamento de órgãos e tecidos, mas em contrapartida perdeu em termos da percepção da dimensão social, cultural e emocional dos processos de adoecimento,<sup>13</sup> o que a levou a se afastar do ponto de interseção entre corpo, cultura, sociedade e identidade da pessoa que adocece. Como vimos, é justamente sobre esse ponto que incidem os SMAs.

Mas, segundo Boaventura, como as “crises de degenerescência” promovem na própria ciência ortodoxa o desenvolvimento de iniciativas no sentido de, buscando resolver novos problemas, resgatar velhos paradigmas, velhas teorias há muito esquecidas, num movimento de

reaproximação com os saberes considerados não-científicos – processo ao qual denomina “ruptura com a ruptura epistemológica”<sup>14</sup> –, é de se presumir que na própria ciência médica, que tanto se inspirou nas ciências naturais, ocorram desdobramentos dessa natureza.

### Conclusão

Tendo em vista as argumentações precedentes, podemos compreender as iniciativas de médicos alopatas que buscam conhecer e aplicar os fundamentos e técnicas dos SMAs como uma espécie de retorno a velhos paradigmas na busca de solução para os problemas com os quais o campo vem se deparando, buscando tornar mais eficiente e satisfatória, para si próprios e para os pacientes, a prática de sua profissão.

Em nenhum momento o propósito das argumentações aqui desenvolvidas foi avaliar a capacidade e eficiência da alopatia em comparação aos SMAs, mas sim verificar até que ponto, e em que sentido, o contato entre ambas as modalidades de cuidados com a saúde pode impulsionar mudanças significativas no campo da medicina científica e no tipo de prática profissional que lhe é inerente.

Sendo assim, podemos afirmar que a mais importante contribuição desses sistemas para um possível processo de reconstrução e aperfeiçoamento da medicina é no sentido de ajudar no restabelecimento de uma compreensão mais ampla e global sobre os problemas de saúde, que não são fenômenos exclusivamente orgânicos, o que por sua vez implica o imperativo de uma revisão acerca dos fundamentos epistemológicos que orientam o desenvolvimento da ciência médica. E isto não significa a adoção de uma postura contrária à alopatia e ao emprego de tecnologias, mas sim uma reavaliação da importância delas e uma redefinição dos momentos em que se torna estratégico e realmente proveitoso empregá-las, movimento observado junto aos profissionais alopatas que iniciaram esforços sistemáticos no sentido de compreender e incorporar recursos terapêuticos oriundos desses sistemas.

### Abstract

The present paper is an effort towards thinking possibilities of change in the Scientific Medicine considering the notable presence of Alternative Medical Systems worldwide. Thus, the main reference will be an empirical study I've carried out during a

master 's degree on allopathic physicians that eventually engaged in a systematic effort towards understanding and incorporating therapeutic resources originated in these systems, more specifically in Traditional Chinese Medicine and Unicist Homeopathy. We must note that the changes mentioned refer to, on the one hand, to the epistemological fundamentals of the medical science, and, on the other hand, to the dynamic of the doctor-patient relationship.

*Key-words: health; illness; society; culture; identity.*

#### Notas

1. Maiores e mais detalhadas informações a respeito dessa iniciativa podem ser encontradas no trabalho intitulado *Conhece-te a ti mesmo*. Uma proposta de educação popular para saúde, de autoria do médico Marcos Freire Júnior.
2. Resolvi trabalhar somente com essas duas modalidades por serem mais presentes no meio médico alopático. Acredito que um estudo sobre as relações entre elas e a medicina científica pode fornecer elementos para compreender também o que ocorre com os demais SMAs e também com os conhecimentos populares que fundamentam as práticas curativas de benzedeiros, raizeiros, videntes etc.
3. Segundo Neto (1983, p. 103), os meridianos constituem "fluxos virtuais de energia circulando pelo organismo de modo ininterrupto e ordenado, a nutrir todos os tecidos e órgãos. São considerados linhas virtuais porque sua estrutura material jamais foi confirmada pela ciência. O fluxo harmonioso e sem obstáculos de energia pelos meridianos é o substrato da saúde, bem-estar e equilíbrio tanto interior como em relação ao cosmo. Qualquer obstáculo à sua passagem ou alteração na sua polaridade Yin e Yang se refletem como sintomas ou lesões nas áreas dos meridianos afetados".
4. Dra. FS concluiu seu curso superior em Medicina em João Pessoa, na Paraíba, onde também em 82/83 fez sua residência médica em Pediatria. Em 89/90, fez um curso de acupuntura no Centro de Estudos em Medicina Oriental de Brasília (antigo Cemob). Em 1991, viajou para China, permanecendo em Pequim por um mês para se aperfeiçoar. Em 1993, associando-se a alguns amigos, abriu em Brasília um curso de MTC para médicos. Na ocasião da entrevista, participava de um curso de acupuntura na UnB.
5. Dr. S formou-se em Medicina pela UnB em 1983. De 1983 a 1986 fez residência médica em Clínica Médica (sua especialização) no Hospital Presidente Médici, atual HuB. Na mesma época, começou a fazer um curso de homeopatia. Em 88/89, no Centro de Medicina Oriental de Brasília (Cemob), fez um curso de acupuntura. Desde 88 vem trabalhando na Fundação

Hospitalar com terapia intensiva, o que o levou a se afastar um pouco da clínica médica. Seu interesse pela acupuntura se deve ao seguinte: “A acupuntura, eu procurei principalmente porque eu já tinha conhecimentos de homeopatia e eu notava que faltava alguma coisa, principalmente para tratar quadros dolorosos, quadros agudos, que não respondiam ao medicamento homeopático e a gente tinha de recorrer ao tratamento alopático”.

6. Dr. G concluiu o curso de Medicina na Universidade Federal de Belo Horizonte, fez residência médica em Pediatria e imediatamente após optou pela homeopatia, fazendo um curso de especialização na Argentina, em Buenos Aires. Nunca trabalhou como alopata; vem trabalhando há 15 anos exclusivamente com a HU. Seu contato com esse sistema médico se deu da seguinte forma: “Eu fui me tratar com a homeopatia na época e percebi o alcance do tratamento homeopático, que envolvia aspectos emocionais, o efeito do medicamento de uma forma mais global, que foi uma coisa que me atraiu muito. [...] A visão médica clássica é que o medicamento se aplica à doença e não à pessoa. Quando você sente o resultado do medicamento em você próprio, como pessoa e em questões emocionais, psicológicas, é uma coisa que me balançou muito”.
7. Dr. M formou-se em Medicina pela PUC do Espírito Santo, especializando-se em Pneumologia. O curso teve duração de seis anos; formou-se em 1977 e exerce a profissão há vinte anos. Atualmente, presta atendimento médico no Hospital Santa Lúcia. Teve um ligeiro contato com a homeopatia, chegando mesmo a iniciar um curso, que logo abandonou. O entrevistado descreve assim essa experiência: “Eu não me interessei mais porque tem de fazer as coisas direito, você não pode fazer as coisas de uma maneira leviana, fazer um curso de final de semana. Tem de estudar muito. Então eu já gosto demais do que eu faço, que é a clínica médica ligada à área de pulmão. Então eu já estudo demais, e eu não gostaria de abrir mão disso nunca. Então, para mim fazer uma coisa malfeita... e quando eu vi que a coisa era maior do que eu imaginava, eu cheguei a ter uma noção e desisti logo, eu achei que ia me dar muito mais trabalho; ia me trazer menos paz”.
8. Pelo fato de esses padrões de normalidade derivarem de experiências realizadas em laboratório, em condições ideais, pode-se levantar a seguinte questão: como empregá-los para analisar os comportamentos humanos reais, cotidianos, que se desenrolam em sociedade? Entre as condições ambientais de um laboratório e as condições reais da vida em sociedade, as diferenças são significativas. Por outro lado, também, é preciso notar que no laboratório a própria presença e a atuação do investigador interferem nos fenômenos estudados; é o caso, por exemplo, do emprego de equipamentos, anestésicos

e outras substâncias químicas. Ou seja, os resultados obtidos não decorrem do fenômeno em si, mas do fenômeno associado à ação do investigador. As condições em que são realizadas as experiências invariavelmente estão presentes nos resultados obtidos.

9. Dr. GS formou-se em Medicina pela Universidade de Brasília (UnB); o curso teve duração de seis anos e meio. Trabalha há aproximadamente cinco anos como médico homeopata. Optou pela homeopatia pela seguinte razão: “Nós tivemos uma série de palestras sobre o que seria a homeopatia; freqüentei, gostei, mas aquilo ficou adormecido. Mas eu nunca me identifiquei com o mecanicismo que domina essa medicina que a gente tem na faculdade, que a gente tem, a maioria, dentro da medicina, a especialização excessiva. Essa, como vamos dizer, é mecanicista: divisão do homem, uma coisificação do homem como objeto médico”.
10. Dr. D concluiu seu curso na Universidade de Uberlândia, em 1977; sua formação acadêmica teve duração de onze anos distribuídos da seguinte maneira: seis anos de graduação, mais três de pós, com mais dois de mestrado. Vem exercendo a profissão há vinte anos. Sua escolha pela HU deu-se em função do seguinte: “[...] uma colega minha começou a me falar umas coisas sobre a homeopatia, e eu tive uma experiência pessoal, que foi muito boa com a homeopatia. Eu tinha um processo de hipertensão; ainda jovem fiquei hipertenso, tomando vários tipos de drogas alopáticas e a questão não se resolvia, quer dizer, resolvia: eu mantinha sob drogas o controle da minha pressão. Com o tratamento homeopático eu pude ir retirando todas as minhas drogas alopáticas e fiquei só com o medicamento homeopático. Então foi uma experiência pessoal. Eu já estava fazendo o curso para conhecer e poder criticar melhor, e a partir disso fiquei convicto mesmo, deixando a alopatia na minha prática diária. Hoje basicamente eu faço só a homeopatia”.
11. Com o avanço tecnológico, tende a predominar a mais-valia do tipo “relativa”. Ou seja, com as máquinas substituindo o trabalho humano, a produção de um excedente não é mais conseguida diretamente sobre a exploração do trabalhador aumentando-se a jornada de trabalho e/ou a freqüência e o ritmo da produção. Com as máquinas sofisticadas, com o uso de computadores e o desenvolvimento da robótica, cada vez mais se reduz o tempo necessário para que o trabalhador produza um valor equivalente ao da sua força de trabalho, equivalente ao salário contratado.
12. Sobre esse ponto, ver OFFE, Clauss. *Capitalismo desorganizado*. 1 ed. São Paulo: Brasiliense, 1989.
13. Sobre o predomínio da perspectiva organicista na prática médica, processo que acompanha o surgimento dos hospitais e o desenvolvimento da medicina

como ciência, são interessantes as colocações de Michel Foucault no livro *O nascimento da clínica*. Na medida em que os hospitais iam sendo reconhecidos como locais ideais, menos dispendiosos economicamente, tanto para a produção do conhecimento quanto para o atendimento aos pacientes, iam aumentando as distâncias entre, digamos, o meio sociocultural criado em torno da ciência médica e o meio sociocultural do qual procediam os pacientes. Ou seja, a medicina começa a se desenvolver a despeito das idiosincrasias socioculturais e psicológicas dos pacientes, pois estes passam a ser observados, estudados e atendidos fora do ambiente onde vivem, e sob uma perspectiva que procura na visibilidade do corpo as verdades sobre a saúde e a doença.

14. Cumpre salientar que essa nova ruptura vai no sentido de depurar o termo “conhecimento de senso comum” de sua carga pejorativa associada à idéia de conhecimento falho, ilusório, superficial e preso às aparências. Com relação a isto são esclarecedoras as reflexões de Ginzburg no texto “Moreli, Freud e Sherlock Holmes: pistas e métodos científicos” (1980). Para esse autor, as formas de conhecimento assim denominadas são na verdade sistemas cognitivos nos quais é muito significativa, ao contrário do que caracteriza a ciência, a presença dos sentidos, da intuição, da percepção estética. No lugar da expressão “conhecimento de senso comum”, Ginzburg prefere empregar “conhecimento conjectural” e demonstra, ao longo de suas argumentações, que muitas disciplinas, ou especializações, que hoje têm status de ciência derivam de práticas conjecturais; a própria medicina seria um exemplo. Na Idade Média, ou mesmo na Antiguidade clássica, orientados pelos sentidos (paladar, olfato, tato e audição) e observando, catalogando e sistematizando os sintomas, os precursores da medicina científica elaboravam seus diagnósticos e prescreviam procedimentos terapêuticos que envolviam o uso de remédios cuja composição teve origem nos conhecimentos populares sobre as propriedades curativas de substâncias animais, minerais e vegetais.

#### Referências

BERMAN, Marshall. Tudo o que é sólido desmancha no ar. A aventura da modernidade. 9 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

CANGUILHEM, Georges. O normal e o patológico. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da clínica. 4 ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1994.

GINZBURG, Carlo. Morelli, Freud e Sherlock Holmes: pistas e métodos científicos. *History Workshop Journal*, n. 9, 1980.

JUNIOR, Marcos Freire. *Conhece-te a ti mesmo: uma proposta de educação popular para saúde*. 1992. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Universidade de Brasília, Brasília.

HABERMAS, Jurgen. *Técnica e ciência como "ideologia"*. 1 ed. Lisboa: Edições 70, 1968.

MARCONI, Maria de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. 2 ed. *Técnicas de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 1990.

OFFE, Claus. *Capitalismo desorganizado*. 1 ed. São Paulo: Brasiliense, 1989.

SANTOS, Boaventura de Souza. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. 1 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

SIMMEL, Georg. *A metrópole e a vida mental*. In: VELHO, Otávio Guilherme (Org.). *O fenômeno urbano*. 4 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1997, p. 11-25.