

Tópico 3

## Mendes EV. A medicina Científica e a questão da tecnologia médica.

de classe média — a que pertenciam os filósofos — reivindicavam participação no poder.

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

E o conhecimento científico passa 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.

### III. O PARADIGMA DA MEDICINA CIENTÍFICA

“Tomou-o um respeito cheio de inveja por essa deusa deveras forçada, Tupã farnado que os filhos da mandioca chamavam de Máquina, mais cantadeira que a Mãe d'Água, em buíhas de sarapantar. Então resolveu ir brincar com a Máquina pra ser também imperador.”

Macunaima(17)

#### 1. O CAPITAL MONOPOLISTA E AS NOVAS FUNÇÕES DA MEDICINA

A medicina científica surge no período formativo do capitalismo monopolista, o que se dá entre o final do século XIX e o início do século XX.

Ainda que as características básicas do novo paradigma tenham sido construídas, originalmente, em países europeus desenvolvidos — Inglaterra, Alemanha e França — elas se conformam, definitivamente, no Estados Unidos, país que passa a liderar o processo de industrialização mundial. Essa industrialização americana se fez através de um processo contínuo de concentração que preparou o aparecimento dos monopólios e que determinou uma separação e uma complexificação, cada vez mais crescente, das diversas funções sociais(18), levando à formação e expansão incrivelmente rápidas das diversas formas de monopólio (cartéis, sindicatos industriais, trustes, consórcios bancários) através da concentração e da integração horizontal e vertical das indústrias. Assim, na primeira década do século XX, a participação dos monopólios na produção americana já era muito alta atingindo 50% na indústria têxtil, 62% na indústria alimentícia, 77% na indústria metalúrgica e 81% na indústria química(19).

Esse é, também, o tempo da Era Progressista, caracterizada pela aceitação tácita de movimentos reformistas que visavam à criação de um Estado moderno, regido pelas leis da ciência e destinado a exercer formas de controle social que pudessem resolver as contradições geradas pela industrialização(20).

Por outro lado, o processo de industrialização americana deteriorava as condições de vida e de trabalho do proletariado urbano.

O capitalismo monopolista emergente se confrontou, então, com duas exigências básicas: aumentar a acumulação de capital e legitimar a ordem social.

Os modelos sanitários anteriores não se adequavam às novas demandas da sociedade e se esgotaram daí surgindo um novo paradigma, o da medicina científica. Era preciso que as "funções ocultas" da medicina — reprodução da força de trabalho e controle social — já incluídas na polícia sanitária, se tornassem mais presentes.

A evolução do sistema capitalista, por força de lutas sociais, impusera limites à duração da jornada de trabalho. Por isso, tornava-se imperativo produzir mais em menos tempo e a medicina é chamada a desempenhar um papel importante nesse processo, estudando o rendimento do corpo humano, protegendo-o e restaurando-o de modo a maximizar a produção. Dessa forma, a medicina se encontrou com as propostas do taylorismo ou da administração científica, a nova ideologia aplicada ao desenvolvimento das forças produtivas e baseada no aproveitamento ótimo das capacidades e resistências físicas e psicológicas das pessoas.

A medicina não pode mais se centrar, prioritariamente, como fazia o sanitarismo, nos fatores do ambiente. Sua preocupação principal passou a ser com o corpo, reconhecido, política e socialmente, como força de trabalho. Como consequência, o objeto hegemônico da prática médica deslocou-se do coletivo para o individual.

Além dessa preocupação com a reprodução da força de trabalho, o novo paradigma deveria desempenhar, com maior eficiência, o controle social.

A medicina passou a exercitar, através dos mecanismos de inclusão e exclusão de pacientes do sistema de saúde, os controles de tipo cooptativo e disciplinar(21). No primeiro, medicaliza os pacientes de maneira a colocá-los na dependência de uma gerência profissional que passa a invadir, crescentemente, todos os espaços da existência humana(22); no segundo, desencoraja as pessoas a assumirem o papel de doentes, ou seja, de seres improdutivos.

Além disso, 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(23).

Por fim, o paradigma expressa a nova realidade da medicina que não somente exerce o controle social e reproduz a força de trabalho mas que se transforma, ela própria, numa mercadoria "um desejo para uns e um lucro para outros"(24).

Isso se dá pela própria lógica do desenvolvimento do capitalismo

que passa a invadir, pelo processo de acumulação de capital, todos os setores da sociedade, transformando serviços em mercadorias que podem ser compradas e vendidas no mercado.

## 2. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA MEDICINA CIENTÍFICA — O RELATÓRIO FLEXNER

O paradigma da medicina científica começa a institucionalizar-se com a criação, em 1893, da Faculdade de Medicina da Universidade de Johns Hopkins. Contudo, a consolidação desse processo se dá através das recomendações do famoso Relatório Flexner(25), publicado em 1910, pela Fundação Carnegie.

Esse relatório não surge aleatoriamente, como mais um simples documento dos reformistas da Era Progressista, mas como produto da iniciativa de uma fundação que escolheu, como objeto de seu trabalho, estudos no campo da educação profissional em direito, teologia e medicina. Tais 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(26). Essa posição coincidia com a proposta mais geral da Era Progressista que consistia em estruturar "profissões de ajuda"(20) cujo interesse principal seriam os problemas sociais e a nova sociedade.

O quadro do ensino da medicina, 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. Na expressão de Flexner, as faculdades apareciam por geração espontânea(27), independentemente de vínculos com universidades e inteiramente desprovidas de equipamentos. Havia cursos de até um ano de duração e inexistiam pré-requisitos definidos para matrículas. O ensino médico era uma "aventura privada, mercantilizada no espírito e no objeto"(28) que, sobretudo, carecia de base científica. Isso significava uma grande heresia para os progressistas que sonhavam com um mundo da ciência.

Esse era, em síntese, o quadro no qual foi produzido o Relatório Flexner, cujas propostas principais foram:

- a) Definição de 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 hospitais;
- e) Vinculação das escolas médicas às universidades;
- f) Ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era em-

pática do ensino médico;

g) Vinculação da pesquisa ao ensino;

h) Estímulo à especialização médica;

i) Controle do exercício profissional pela profissão organizada.

Uma visão mais abrangente do relatório mostra que suas consequências vão muito além do campo estritamente médico. Houve, logo, pelos processos de fusão e fechamento, uma diminuição significativa do número de escolas médicas e das vagas oferecidas. Deu-se, então, 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 estudantes das remanescentes diminuiu.

Como assinala Ziem(29), o Relatório Flexner determinou uma hierarquização da educação médica que resultou, por sua vez, numa estrutura discriminatória, privilegiadora de homens, brancos e classe média alta. Uma composição, portanto, bastante sensível à ideologização segundo os valores da medicina científica e de seus fatores determinantes.

O Relatório Flexner poderia ter tido o mesmo destino de centenas de documentos preparados na Era Progressista e que não foram levados à prática. Ele vingou, no entanto, porque as fundações privadas americanas aplicaram, em sua implementação, aproximadamente 300 milhões de dólares, no período de 1910 a 1930(30).

Além desse interesse das grandes indústrias, há que se ressaltar a participação, na origem e na consecução do Relatório Flexner, da profissão organizada, via Associação Médica Americana (AMA). Essa associação foi criada, em 1847, com o objetivo de tornar hegemônica a medicina alopática ameaçada, naquela época, pela homeopatia e a história da Associação Médica Americana é formada por uma luta constante entre médicos cientistas e médicos clínicos. No início do século, a AMA foi tomada por um seletivo grupo de cientistas, preparados nos países europeus mais desenvolvidos, e que tinham grande interesse em tornar a medicina mais científica.

Isso 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(26).

Em 1906, a AMA realizou, através de seu Conselho de Educação Médica, uma pesquisa sobre o ensino da medicina em todas as escolas dos Estados Unidos e esse trabalho procurou mostrar a necessidade de se controlar, através de exames feitos pela própria associação, o exercício profissional. Desse modo, já se trabalhava antecipando os resultados de Flexner.

Pode-se concluir, pois, que a medicina científica ou "o sistema médico do capital monopolista"(31) se institucionalizou através da liga-

ção orgânica entre o grande capital, a corporação médica e as universidades.

### 3. OS ELEMENTOS ESTRUTURAIS DA MEDICINA CIENTÍFICA

A medicina científica determinou mudanças substantivas na conceituação do objeto da prática médica. Nesse sentido, o novo paradigma expressa um conjunto de elementos estruturais que coexistem, que se complementam e que se potenciam a fim de direcionar a prática médica.

Os elementos estruturais da medicina flexneriana são:

#### 3.1. O Mecanicismo

O mecanicismo se introduz na medicina científica pela analogia do corpo humano com a máquina, elemento essencial do modo de produção dominante. Essa tendência já é clara no próprio Relatório Flexner onde se escreve que o corpo é uma máquina que pode ser dividida em pedaços para sua melhor compreensão(32).

A essência do mecanicismo — enquanto nova forma de entendimento do corpo humano — é bem descrita por McKeown(33):

"Um organismo vivo poderia ser visto como uma máquina que pode ser desmontada e remontada se sua estrutura e funções forem completamente entendidos. Em medicina o mesmo conceito conduziu à profunda crença de que uma compreensão dos processos de doenças e das respostas do corpo a elas, tornaria possível intervir terapêuticamente, principalmente por métodos físicos, químicos e elétricos".

Rompe-se, desse modo, a imagem da totalidade corporal permitindo-se que homens-máquina, os médicos, através de instrumentos, máquinas portanto, atuem sobre máquinas-homem, os pacientes, reparando seus defeitos.

#### 3.2. Biologismo

O biologismo da medicina científica tem a sua origem nos avanços tecnológicos da bacteriologia que conduziram à teoria dos germes e da etiologia específica. Essas teorias surgiram na França e na Alemanha na década de 1870, coincidindo com o auge do sanitarismo. As significativas melhoras nos níveis de saúde, ocorridas àquela época, e determinadas, principalmente pelas reformas sanitárias e pela elevação dos padrões de vida, foram atribuídas, erroneamente, às vacinas recém-descobertas e, isso, contribuiu para a legitimação do biologismo da medicina científica(34).

O biologismo da medicina flexneriana pressupõe o reconhecimento, exclusivo e crescente, da natureza biológica das doenças e de suas causas e consequências. Dessa maneira, o novo paradigma procura

absolver os fatores determinantes de natureza econômica e social na causação das doenças. Esse biologismo leva a uma concepção de história "natural" da doença que exclui a sua história social. Assim, a saúde das pessoas "não será a história dos tempos e ritmos de produção, nem a história do processo e das condições de produção, mas a história da natureza biológica da enfermidade" (35).

A própria teoria epidemiológica passa a expressar essa nova visão evolutiva das doenças. A epidemiologia social virchowiana que explicava as epidemias como manifestações de desajustes sociais e culturais foi substituída por uma nova epidemiologia que restringe a causalidade das doenças à ação de agentes específicos, utilizando-se de indicadores biológicos, a-históricos e a-sociais (36,37).

### 3.3. Individualismo

A medicina científica é duplamente individualista.

Primeiro, ao eleger como seu objeto, o indivíduo; segundo, ao aliená-lo, excluindo, da sua vida, os aspectos sociais.

Daí, poder-se imputar ao indivíduo a responsabilidade pela sua própria doença.

Usando a analogia da correnteza, as pessoas são culpadas por não serem capazes de nadar, depois de terem sido empurradas no rio, contra sua vontade, pelos fabricantes das doenças (38).

### 3.4. Especialização

Da troca entre a globalidade do objeto da prática médica e a profundidade do conhecimento de suas dimensões específicas, resultou a especialização.

Ainda que a especialização já existisse nos paradigmas anteriores ao da medicina flexneriana, ela assumiu, a partir desta, uma maior dimensão quantitativa e qualitativa.

Sem negar que o crescimento exponencial do conhecimento médico influencia a especialização, entende-se, contudo, que esse processo ocorreu, também, por outras razões.

Primeiro, e numa perspectiva ideológica, em função do mecanicismo que impôs a parcialização abstrata do objeto global, segundo um esquema contraditório que aprofunda o conhecimento específico e que atenua o conhecimento holístico (39). Segundo, e numa dimensão econômica, a especialização decorreu das necessidades da acumulação do capital que exigiu a fragmentação do processo de produção e do produtor, via divisão técnica do trabalho.

Cabe considerar, como falaciosos, os argumentos de que a especialização resultou, exclusivamente, das necessidades do processo tecnológico porque ela representa uma forma de controle que incide sobre o processo produtivo e sobre os produtores coletivos e individuais.

Ao atuar sobre os produtores, a especialização determina (40):

- a) A sua compartimentalização em tarefas restritas, o que impede uma visão global do processo de produção;
- b) A hierarquização através de uma divisão de trabalho que reproduz as relações de classe da sociedade;
- c) A expropriação das possibilidades de criatividade e de influência no projeto e desenvolvimento do processo de produção.

A especialização, ao manifestar-se no campo médico, acentua a complementariedade entre as diversas formas de trabalho, o que cria uma dependência entre os especialistas no sentido de tentar a restauração da globalidade do objeto (41).

O fenômeno da especialização na medicina científica determinou um incremento muito grande da mão-de-obra no setor saúde. Na Grã-Bretanha, no período de 1950 a 1970, os trabalhadores hospitalares cresceram 70%, enquanto que o crescimento médio da força de trabalho total foi de, apenas, 10% (42).

Ademais, a especialização, por força da complementariedade e da dependência, está ligada à mudança institucional do trabalho médico que passa a tender, progressivamente, para as formas grupais.

### 3.5. Exclusão de práticas alternativas

A viabilização do paradigma da medicina científica se fez com base na sua supremacia sobre as outras práticas médicas alternativas, populares ou acadêmicas.

Essa eficácia, baseada nas conseqüências das ações da medicina, tornou-se a medida em que se fundamentou a superioridade da medicina científica.

Dessa forma, procurou-se anular ou restringir — porque ineficazes — as formas populares da medicina mágica ou religiosa e, mesmo, outras formas alternativas como a homeopatia.

### 3.6. Tecnificação do ato médico

A nova religião passou a utilizar novos rituais.

A medicina flexneriana estruturou, então, a engenharia bio-médica — calcada na tecnificação do ato médico — como nova forma de mediação entre o homem e as doenças.

O desenvolvimento da tecnologia médica produziu uma elevação fantástica nas expectativas do público em relação às possibilidades da medicina, o que refletia, no campo da medicina, um valor mais geral de que o progresso implica, sempre, na melhoria da qualidade da vida.

Os "milagres" da medicina tecnológica promoveram a idéia de que qualquer problema de saúde pode ser resolvido e ajudaram a legitimar o novo paradigma (21).

A tecnologia médica parece ser um exemplo típico da "difusão tecnológica selvagem" em que equipamentos caros e sofisticados são produzidos pela indústria e vendidos, em larga escala, sem que haja uma comprovação real de sua eficácia.

Tal é o caso da tomografia computadorizada introduzida, nos Estados Unidos, em 1973 e, onde, em 1978, já haviam sido instalados 1042 aparelhos, a um custo de capital unitário de 500.000 dólares. A despeito de sua ampla e rápida aceitação pela comunidade médica, pouco se conhece sobre as alterações terapêuticas que esse novo meio semiológico determinou e nada se sabe sobre seu impacto nos resultados clínicos(43).

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(44,45). Essa transferência — resultado da interação das corporações multinacionais, do ensino médico e da assistência técnica 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(46) e contribuindo, dessa forma, para a construção de uma "cultura do silêncio"(47) no campo da saúde.

Trabalho de pesquisa realizado em vários países subdesenvolvidos, incluindo alguns da América Latina, mostra que a tecnologia de saúde se difunde com extrema rapidez, em velocidade superior a outras tecnologias de largo emprego como as de televisão e computadores(48).

A tecnificação do ato médico pela medicina científica fez erigir, por razões ideológicas e econômicas, como parâmetro de qualidade, o grau de densidade tecnológica da prática médica, em detrimento da medicina em promover ou restaurar a saúde e prevenir as doenças. Essa distorção, imposta pela medicina científica, resulta clara na proposta da "avaliação estrutural"(49) da qualidade da atenção médica que pressupõe que se existem equipamentos sofisticados o ato médico resultante é de boa qualidade.

### 3.7. Ênfase na medicina curativa

O novo paradigma concentrou sua atuação na medicina curativa.

Fê-lo, de um lado, porque esse é o setor da medicina mais suscetível de incorporar tecnologia. De outro lado, porque "prestígio diagnóstico e terapêutica é, no plano do conhecimento, prestígio o processo fisiopatológico em detrimento da causa e, na medida em que este 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"(50).

Landman(51) explica a hegemonia da medicina curativa recorrendo à mitologia grega, "onde Esculápio, o deus da medicina teve duas filhas: Panacea, a deusa da cura ou da assistência médica e Hygea, a deusa da higiene ou da medicina preventiva. Como todo pai, ele acreditava que as duas filhas fossem cooperar ao invés de competir, mas a competição prevaleceu, pois se a Hygea obtivesse um sucesso completo, Panacea ficaria desempregada. E se Panacea, como vem acontecendo, fosse a preferida da opinião pública, do governo e da classe médica, quem ouviria os vulgares conselhos de Hygea?"

### 3.8. Concentração de recursos

As exigências da sociedade industrial e da tecnificação do ato médico, determinaram 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 sua produção e com as condições de mercado a que estão sujeitos(52). Por isso, a medicina científica localizou-se, predominantemente, no espaço industrial, a cidade, que é o espaço hegemônico do capital monopolista.

Ademais, 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, também, o espaço gerador e difusor da nova ideologia médica. Alguns países que tentaram reverter essa situação o fizeram através da integração dos serviços sob os auspícios do hospital, o que não afetou a sua hegemonia.

A interação desses elementos estruturais cria um novo paradigma de prática médica, a medicina científica, que se caracteriza pela concepção mecanicista do homem, pela redução, a-social e a-histórica, da doença à sua dimensão biológica, pela individualização de 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.

O novo paradigma, gerado nos países desenvolvidos, serve de modelo para os países de economia periférica e, nestes, se instala de acordo com o desenvolvimento de suas forças produtivas. Desse modo, a medicina científica dos países subdesenvolvidos tem, também, um caráter de dependência em relação àquela dos países centrais.

Há de se observar, finalmente, que, mesmo em países socialistas,

a ideologia da medicina científica ainda prevalece, tal como demonstra Navarro(53) em relação à União Soviética.

#### 4. A MEDICINA CIENTÍFICA E A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS

Já se viu, anteriormente, que as classes dominantes, no início do capitalismo monopolista, 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(26).

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.

Esse é o momento da administração científica, da agricultura científica e, porque não, da medicina científica.

E a ciência passa a ser concebida como um corpo de saberes 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 sistema capitalista(54). É evidente, então, que a ideologia da medicina científica se reproduz no conhecimento científico e, tal reprodução, dá-se através da seleção dos temas de investigação, dos métodos de pesquisa e da posição do pesquisador.

Dai, a produção científica no paradigma da medicina flexneriana ocorrer em congruência com os seus elementos estruturais. A pesquisa médica passa a ser predominantemente biológica e o seu foco de interesse muda da higiene e da semiologia para a patologia.

Esse tipo de domínio ideológico da investigação médica pode ser melhor entendido quando se examina a pesquisa do câncer que tem concentrado seus esforços nos aspectos biológicos da enfermidade e no comportamento individual dos pacientes e dado atenção insuficiente aos efeitos cancerígenos do ambiente, dos aditivos alimentares e dos próprios medicamentos.

Ou, na pesquisa relativa à doença de Chagas que procura desenvolver medidas de proteção específica, ou exercer o controle biológico ou, ainda, descobrir medicamentos para a cura, parecendo desconhecer

o fato de que a solução do problema reside na melhoria das condições habitacionais.

A pesquisa científica tendeu, outrossim, a focalizar-se no indivíduo e, especialmente, em partes do indivíduo: sistemas, órgãos, células ou partes de células.

Não é demais lembrar que, no início do século, estabeleceu-se um forte vínculo orgânico entre os pesquisadores, as universidades e o grande capital. Surgiram, então, os institutos de pesquisa, como o Instituto Rockfeller, com alto grau de especialização e financiados, direta ou indiretamente, pelas grandes indústrias e organizados segundo os princípios da administração científica.

Os vultuosos recursos das fundações filantrópicas foram, em grande parte e como consequência das recomendações do Relatório Flexner, destinados à montagem de laboratórios de pesquisa e à formação de pesquisadores nas universidades.

A pesquisa médica passou, pois, a se fazer, 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 necessitou de ser dividido segundo a lógica da divisão do trabalho da medicina, ou seja, de acordo com as especialidades médicas e tendeu, progressivamente, a ser feito pelas próprias indústrias produtoras de equipamentos e de medicamentos, diretamente, ou indiretamente, financiando pesquisadores universitários. Em consequência, a pesquisa médica assume um papel que a liga mais ao processo de acumulação de capital do que à melhoria das condições de saúde da população.

Assim como a medicina científica afasta e anula as formas alternativas de prática, a pesquisa científica exclui todo o conhecimento produzido fora de instituições por ela legitimadas e/ou por indivíduos que não sejam reconhecidos como cientistas.

"Os documentos elaborados pelos grupos de pesquisa no campo da medicina do trabalho que nos anos trinta, quarenta, cinquenta, e inclusive, sessenta afirmavam, nos Estados Unidos, que não havia uma relação direta entre silicose e o trabalho em minas de carvão, eram reputados como documentos e conclusões científicas e, portanto, verdadeiras. Por outro lado, o conhecimento acumulado por gerações de mineiros de carvão — conhecimento que se expressava em sua cultura através de canções, de escritos populares, etc. — de que o trabalho nas minas destruiu seus pulmões, não era considerado científico, mas uma expressão cultural, folclórica, ideológica, em suma, não verdadeira"(54).

Concluindo, pode-se afirmar que a produção científica se faz em consonância com a ideologia da medicina científica, reforçando os seus elementos estruturais: o biologismo, o mecanismo, o individualismo, a

especialização, a tecnificação do ato médico, a medicina curativa e o seu caráter concentracionista e que essa produção expressa uma relação orgânica entre pesquisadores, universidade e capital monopolista, segundo interesses das classes hegemônicas.

## 5. A CRISE DA MEDICINA CIENTÍFICA

### 5.1. Os componentes da crise da medicina científica

A crise da medicina científica materializou-se no aparecimento de problemas crescentes relativos à ineficiência, à ineficácia e à desigualdade, os componentes mais tangíveis desse processo.

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 saúde. Estima-se que enquanto aqueles aumentam em 100%, as taxas de mortalidade e morbidade, em países desenvolvidos, diminuem em apenas 5% (55).

Esse fenômeno, denominado de inflação médica é, presentemente, universal (56).

Nos Estados Unidos, o custo da atenção médica já atinge 10% do Produto Nacional Bruto, aumentando em proporção duas vezes maior do que o custo de vida. O gasto per capita em saúde era de 78 dólares em 1950, passou a 547 dólares em 1975 e supera 1.000 dólares no início da década de 80 (57).

Na França, os serviços médicos consomem 6,2% do PNB tendo, os seus gastos crescido, em média, 15% nos últimos 20 anos. Outros países europeus como a Alemanha, Holanda e Suécia gastam, aproximadamente, 8% de seus Produtos Nacionais Brutos em saúde. Países subdesenvolvidos como Colômbia, Nigéria e Jamaica já ultrapassam os 10% dos gastos governamentais em saúde (58).

O mais grave é que não há nenhuma perspectiva de saturação, ao nível do consumo, de serviços médicos, cuja demanda parece ser infinita.

Esse incremento incontrolável de custos é consequência, em grande parte, do próprio modelo de medicina. De um lado, o caráter tecnológico da medicina científica pressiona os custos porque a inovação tecnológica não é substitutiva, ou seja, as novas técnicas, quase sempre, se acrescentam ao processo de produção do cuidado médico sem deslocar as anteriores, aumentando o espectro das necessidades de atenção (59). A organização dos serviços é orientada segundo os padrões de tecnologia impostos pela indústria da saúde, confirmando-se a tese de que "quem faz o instrumento dita seu uso". De outro, o elemento especialização da medicina científica, como já se viu, vem aumentando, exponencialmente, o contingente de trabalhadores no sistema de saúde, o que eleva extraordinariamente seus custos.

Um segundo componente da crise da medicina científica é a ineficácia.

Existe uma crença difundida de que o padrão de saúde das populações de países desenvolvidos se deve à medicina científica. Contudo, uma série de estudos tem mostrado que a força mítica da medicina flexneriana não passa de uma elaboração um pouco fantasiosa e que esse modelo de medicina é ineficaz, produzindo mais conforto do que saúde (33, 38, 40, 42, 60, 61). Tais estudos demonstram, indiscutivelmente, que os níveis de saúde atuais decorrem muito mais de mudanças no ambiente do que das novas descobertas tecnológicas da medicina científica.

A mortalidade na Inglaterra e no País de Gales, nos últimos 20 anos — que correspondem ao período áureo da medicina científica — não tem diminuído e a diferença na expectativa de vida entre homens e mulheres tem aumentado gradativamente (47).

A medicina científica tem sido, também, incapaz de ter impacto significativo na morbidade. Ao contrário, tem sido constatado um aumento de até 30% nas doenças crônicas em homens de mais de 60 anos de idade (42).

Mesmo na luta contra as doenças infecciosas, o êxito da medicina científica é menor do que se imagina.

Sem querer negar a validade de certas inovações tecnológicas, como as vacinas e os antibióticos, há de se reconhecer que a mortalidade por doenças infecciosas já fora reduzida antes do uso de vacinas e quimioterápicos. De uma forma reversa, pode-se demonstrar a ineficácia da medicina científica, nos países subdesenvolvidos, pela permanência de altas taxas de mortalidade e morbidade por doenças transmissíveis imunizáveis, vários anos após a utilização rotineira das vacinas.

No que concerne às doenças crônicas, a medicina científica parece ter produzido, somente, ganhos marginais sem afetar, substantivamente, a situação dessas doenças (38).

A ineficácia da medicina científica mais se acentua quando se constata que esse paradigma convive com uma sociedade industrial patogênica que, principalmente a partir da segunda metade deste século, passa a produzir novas patologias, como as doenças ocupacionais e as doenças da poluição (62).

Em relação às possibilidades da medicina científica em reduzir os índices de incapacidade por doença, o quadro não é mais alentador. Como verificou Cochrane (63), o absentismo por doenças na Grã-Bretanha não tem sido diminuído e a relação entre essas ausências e as perdas de dias por greves operárias — que são consideradas graves ameaças à economia — é de 100 por 1.

A análise sucinta que se acaba de fazer revela a ineficácia da medicina científica em produzir efeitos favoráveis nos níveis de saúde

Mas a ineficácia da medicina flexneriana pode ser vista numa outra dimensão. Assim, não só a medicina científica tem sido incapaz de solucionar os problemas de doença como, contraditoriamente, os atos médicos e os programas sanitários resultam em fontes de novas doenças, as iatrogenias, que estão exaustivamente documentadas por Illich(64).

As iatrogenias podem ser três espécies:

- a) A iatrogenia clínica, quando a dor, a doença e a morte resultam da provisão de cuidados médicos;
- b) A iatrogenia social, que é uma desarmonia entre o indivíduo e o seu meio social e físico, o que resulta na perda de autonomia na ação e no controle do meio;
- c) A iatrogenia estrutural, que é o reconhecimento do mito de que a supressão da dor física e o recuo indefinido da morte são objetivos desejáveis e realizáveis através do uso ilimitado da medicina, o que compromete a autonomia vital das pessoas, impedindo-as de se auto-cuidarem.

Um terceiro componente da crise da medicina científica é a desigualdade.

Essa desigualdade expressa diferenças de classes sociais no que se refere a necessidades de saúde, ao risco de adoecer, morrer ou incapacitar e à acessibilidade aos serviços médicos(65).

A desigualdade das classes sociais frente a morte já é conhecida desde o final do século XVIII e está muito bem estudada por Timio(66).

São abundantes as evidências de que as doenças infecciosas e parasitárias, as denominadas "doenças da pobreza", incidem, com maior frequência, em certas classes sociais.

Mas há quem, como Kadushin(67), questione a variação, segundo classes, da incidência e da prevalência das "doenças da riqueza", isto é, das doenças crônico-degenerativas, seja porque essas diferenças foram eliminadas pela medicina científica, seja porque elas são conseqüências, apenas, de problemas de registros de informação.

Trabalhos recentes, contudo, confirmam a existência de uma determinação social das doenças crônico-degenerativas que se manifestam, com maior intensidade, nas classes mais pobres (68,69). Tal fato se acentua em certos tipos de patologia como as doenças cardio-vasculares, determinadas doenças gástricas e intestinais e, com muita força, nas doenças mentais(70).

Isso implica que a resolução do problema de certa pobreza material não faz desaparecer as diferenças entre as classes sociais, somente modificando o tipo de patologia predominante(71).

Há, ademais, nítida desigualdade no que se refere à incapacitação pela doença. Um estudo realizado nos Estados Unidos mostrou que pessoas mais pobres perderam 50% mais dias de trabalho que pessoas ricas e que apresentaram 100% mais dias de hospitalização(69).

Constata-se, pois, que a desigualdade social frente à morte, à doença e à incapacidade não tem sido afetada, significativamente, pela medicina científica. Mesmo porque, ela guarda maior relação com a organização da sociedade do que, propriamente, com a medicina.

Por fim, cabe analisar a desigualdade no acesso aos serviços de saúde.

Ocorre, aí, uma das manifestações mais claras da crise da medicina científica, que é a constatação da baixa cobertura dos serviços.

Essa forma de desigualdade é muito bem expressa na Lei da Atenção Inversa de Hart: "a disponibilidade de boa atenção médica tende a variar na razão inversa das necessidades da população"(72).

A desigualdade do acesso, inquestionável nos países subdesenvolvidos, não foi ainda superada, mesmo em países desenvolvidos como Inglaterra(73) e Canadá(74).

A ineficácia, a ineficiência e a desigualdade, conduzem ao questionamento crescente da medicina científica e, esse paradigma, na sua forma pura, se esgota dando lugar a um novo modelo, o da medicina comunitária.

## 5.2. Teorias explicativas da crise da medicina científica

Há três teorias principais que tentam explicar e propor soluções para a crise da medicina científica e que, de acordo com seu conteúdo, podem ser denominadas de teoria gerencialista, teoria culturalista e teoria política.

A teoria gerencialista é, ao mesmo tempo, a mais comum e a menos abrangente, na medida em que vê a crise como conseqüência exclusiva de problemas internos da medicina.

Na realidade, tal teoria é informada por uma visão mais geral — como a druckeriana — que chega a considerar os problemas do subdesenvolvimento como problemas decorrentes de uma baixa capacidade gerencial(75). Desse modo, a ineficácia, a ineficiência e a desigualdade resultariam de irracionalidades do sistema de saúde que poderiam ser solucionadas através de modelos racionalizadores, tais como a utilização do planejamento de saúde(76), o uso da pesquisa médica aplicada(77, 78), a ênfase na medicina preventiva(79), a coordenação interinstitucional, a regionalização dos serviços e a hierarquização dos equipamentos de saúde(80).

A visão gerencialista da crise permite reduzir os problemas da medicina a uma instância puramente técnica, onde decisões neutras, sábias e antecipadoras das necessidades populares escondem relações de poder e os interesses dos grupos dominantes(81). O que fortalece a opção tecnocrática, despolitizadora e centralizadora, que suprime a participação dos grupos sociais "em nome de uma técnica aderente aos interesses da coalização dominante"(82).

É de ver-se, como acentua Navarro(83), que esse tratamento gerencial dos problemas do sistema de saúde vem ocorrendo, também, em países socialistas, tal como se dá na Rússia.

Uma segunda teoria da crise da medicina científica é a teoria culturalista que tem seu maior expoente em Illich(64) e nos críticos da dominação profissional(84).

Essa visão culturalista da crise está articulada, teoricamente, com uma influente ideologia explicativa de nosso tempo, a ideologia do industrialismo, que sugere que é a natureza da tecnologia que define a organização social.

Os ideólogos do industrialismo acreditam que o controle da sociedade passou do proprietário do capital para a tecnoestrutura. Por conseguinte, no topo da hierarquia social está o burocrata que manipula o consumidor de bens e serviços que, para isso, é anulado na sua capacidade de se auto-governar.

O industrialismo apresenta, como um componente chave de sua ideologia, a teoria da convergência, segundo a qual todos os sistemas sociais, sejam capitalistas ou socialistas, tendem para o mesmo fim, o modelo industrial(85).

A industrialização da medicina levou à sua profissionalização e burocratização, pela criação de um corpo de bio-engenheiros, a burocracia médica que, ao estabelecer uma relação conflitiva com os consumidores, determina a iatrogênese.

A solução culturalista para a iatrogênese estrutural está na reversão do processo de industrialização e, para as iatrogenias clínica e social, na construção de uma proposta de anti-medicina, estribada na desprofissionalização e na desburocratização e no incremento da autonomia pessoal para o cuidado da saúde.

A desprofissionalização consistiria numa "tomada de posição contra a mistificação do público, contra a cooptação dentro de um corpo que se instituiu a si próprio como curador, contra a sustentação pelo público de uma corporação médica e suas instituições. A desprofissionalização da medicina não significa que os recursos públicos não devam ser destinados para serviços curativos mas, sim, que a direção e controle dessas despesas não devem ser confiadas a membros dessa corporação"(86).

Além disso, no combate à Nêmesis da medicina — que impõe uma produção heteronômica — há que se responder com a luta pelo direito à intensidade e consequência do ato produtivo pessoal, isto é, pela ação autônoma das pessoas.

A proposta culturalista tem ganho um grande espaço no movimento da "saúde holística" que pretende resgatar a unidade do paciente integrando corpo, mente e espírito através de práticas (homeopatia, ioga, meditação, parapsicologia, etc.) que superem a dualidade corpo-

mente e reintroduzam elementos de espiritualidade na medicina.

As práticas holísticas, por força da descrença na medicina científica, vêm recebendo grande adesão pública e, nos Estados Unidos, já começa a ser reconhecida pela grande indústria e pelo governo.

Contudo, essas práticas alternativas contêm grande dose de autoritarismo e elitismo carismático e apresentam uma visão limitada de totalidade que exclui o mundo social no qual o corpo se insere e onde se originam grande parte das doenças(34).

São várias as críticas à teoria culturalista e às suas proposições para superação da crise.

Uma delas, feita por Foucault(24), é a de que a anti-medicina contrapõe à medicina fatos e projetos revestidos de certas formas de medicina, em nome de um saber médico mais completo, mais difuso e mais refinado. É o caso, por exemplo, da anti-psiquiatria que se trata de um discurso de tipo médico bem elaborado e que não consegue transpor os limites da medicalização.

Por outro lado, os partidários de uma visão política da crise, entendem que a teoria culturalista é limitada e conservadora — apesar de aparentemente revolucionária — porque, primeiro, a dependência do consumidor não é criada pela industrialização mas pelo modo capitalista de produção e consumo e, segundo, porque a burocracia médica funciona, tão somente, como mediadora dos interesses das classes dominantes, administrando o sistema de saúde(87).

Por fim, existe uma corrente que pretende explicar a crise da medicina científica de uma perspectiva estrutural, na medida em que ela é determinada e reflete uma crise mais ampla, a crise de legitimação e de acumulação de capital do sistema capitalista que, a partir da década de 60, ocorre nos países centrais e que afeta as economias periféricas(40).

Tal crise decorre do crescimento contínuo dos monopólios, o que exige a expansão das atividades do Estado com a finalidade de garantir infra-estrutura econômica e de legitimar a ordem social(88). O crescimento das corporações monopolistas e o aumento da presença do Estado constituem o pano de fundo de uma série de fenômenos cíclicos como baixo crescimento econômico, superprodução e inflação(89).

A expansão das atividades estatais é, ao mesmo tempo, causa e efeito do processo de crescimento do capital monopolista.

A acumulação privada de capital e o incremento concomitante das despesas sociais necessárias à satisfação da função legitimadora formam um processo contraditório que cria tendências a crises econômicas, políticas e sociais. Daí, a erupção da "crise fiscal", entendida como a tendência histórica da despesa estatal ultrapassar a receita(90).

A expansão do Estado ocorre, também, no campo da saúde por força do crescimento das necessidades sociais determinadas pelo proces-

so de acumulação de capital e em decorrência de pressões dos grupos sociais(91).

Esse ambiente de crise repercute no campo médico e reforça e potencia as contradições internas presentes nos elementos estruturais da medicina científica.

Do ponto de vista da teoria política, a crise da medicina científica — manifestada, principalmente, no seu caráter centralizador e na sua tecnologização — é causada pela concentração do poder político e administrativo. Desse modo, a única solução possível para a crise reside na democratização da medicina, o que poderá levar a uma desprofissionalização conseqüente(92).

Em síntese, na proposição da teoria política está embutida a idéia de que a medicalização societal só poderá ser respondida pela politização da saúde. E que a democratização da saúde transcende a estatização dos serviços e a universalização da atenção médica erigindo, como questão fundamental, a participação efetiva da população enquanto sujeito de sua própria saúde(53,93).

Essa visão política da medicina, formulada teoricamente, parece se aproximar da vivência das populações marginalizadas, expressa no discurso popular da medicina: "logo, a luta pela saúde é a luta pelos direitos sociais à saúde. Ela não é uma luta contra a doença e não é apenas uma luta contra os maus serviços de uma doença. É uma luta que se junta a muitas outras lutas pelos direitos sociais do povo. Por isso, não é um trabalho político separado, mas um trabalho popular que se soma a todos os outros..."(94).

#### IV. O PARADIGMA DA MEDICINA COMUNITÁRIA

"Com isso tudo que vimos  
Nasce em nós uma esperança  
Que essa luta pela saúde  
Ajude numa mudança"(95).

##### 1. A EMERGÊNCIA DA MEDICINA COMUNITÁRIA E A DELIMITAÇÃO DE SEU CAMPO DE AÇÃO

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

Tal como se declarou na Conferência de Alma-Ata(96): "Dadas a magnitude dos problemas de saúde e a distribuição inadequada e inf-qua dos recursos 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 desfrutar 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 de cobertura, medicina rural e outros. Esse modelo de medicina é definido, pela mesma Conferência, 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"(96).

A medicina comunitária corresponde, inquestionavelmente, nos países capitalistas, à solução proposta pela teoria gerencialista para a crise da medicina científica, isto é, essa crise deve ser superada por um