Considerações finais

Marconi do Ó Catão

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

CATÃO, MO. *Genealogia do direito à saúde: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade* [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. Considerações finais. pp. 259-270. ISBN 978-85-7879-191-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

Considerações finais

Ao término desta reconstrução de saberes e práticas relacionadas com o direito à saúde, concluímos que apresentar o cenário que envolve um conjunto de atores sociais importa não apenas para nos situarmos no tempo e no espaço, mas também representa o detalhamento dos elementos que verdadeiramente se entrelaçam, compõem, interagem e condicionam as ações desses atores, enfim, que tornam tais ações compreensíveis. Por outro lado, resgatar a história da medicina e do hospital, na era moderna, significa reconstruir a complexa evolução das instituições que emergiram da sociedade medieval e que acompanharam o desenvolvimento do Estado moderno e de suas políticas.

A partir de uma análise retrospectiva, observamos que a medicina passou por vários momentos durante o seu processo de institucionalização, desde o Renascimento, na Idade Média, no período entre os séculos XV e XVII; perpassando pelo nascimento da clínica moderna, entre os séculos XVIII e XIX; e culminando com a valoração do corpo, através da sua mercantilização, isto desde a segunda metade do século XX.

Desse modo, a priorização de uma compreensão objetiva da realidade corporal levou a medicina, no período do surgimento da clínica, ao *status* de dogma científico, tendo em vista que a clínica médica firmou-se como um espaço estratégico, possibilitando então a predominância da medicina ocidental por meio de várias operações: reclassificação do espaço corporal, reorganização dos elementos constituintes do fenômeno patológico, estabelecimento

das séries lineares dos fenômenos tanatológicos, dentre outras. Além do mais, na medicina moderna, a clínica como uma disposição de conjunto aparece para aprimorar a experiência dos médicos através de uma nova distribuição dos elementos do corpo e de uma reordenação das partes que constituem o fenômeno patológico, sempre buscando fazer a articulação entre a doença e o organismo; logo, a eclosão da clínica como um fato histórico é sempre identificado com essas reorganizações.

De forma que entre os séculos XVIII e XIX, foi criado um novo sistema classificatório para a medicina, sendo amplamente divulgado como verdade científica no século XX, considerando o corpo como um objeto mecânico e não vinculado a um sujeito que o completasse; surgindo assim uma medicina objetivista e pragmática, que valorizou o corpo sem sujeito, cujas partes podiam ser estudadas separadamente. Então, a ciência médica moderna fundamentou-se a partir da positividade que o conhecimento técnico definiu como normal e/ou anormal no funcionamento orgânico, interpretando a doença como um elemento inimigo e estranho ao corpo, e não como um processo relacionado com a saúde.

Portanto, a concepção de uma medicina científica acima das demais práticas médicas levou o Estado a promover uma regulamentação mais específica das práticas sociais, possibilitando a elaboração de novos dispositivos disciplinares necessários para a organização da ciência médica como um modelo de cura de valor universal. Logo, percebemos que a vinculação da ciência com o Estado foi relevante para pôr o sistema de cura biomédico na condição de fundamento técnico e científico dos modelos de gestão de saúde surgidos entre os séculos XIX e XX; sendo nesse contexto que a medicina cartesiana, baseada em legislações próprias, estruturas hospitalares, universidades etc., criou uma ideologia de eficiência médica e científica nestes dois séculos, responsável

pela manifestação da aparente superioridade do sistema biomédico sobre os demais modelos de cura, sendo este aspecto justificado por se apoiar em uma razão instrumental e tecnológica.

Outrossim, ressalte-se que os acontecimentos verificados na Segunda Guerra Mundial, desencadearam uma mudança de paradigmas na medicina moderna, pois com a perda de crença no progresso, considerada um dos fatores que fundamentam a dissolução das grandes narrativas da história, que justificava o ideário de ordem na modernidade, aparece a perspectiva da ambivalência. Mas, essa mudança paradigmática desencadeou várias inovações culturais e científicas, trazendo fortes repercussões sociológicas, isto a partir dos anos cinquenta do século XX, surgindo, então, uma modernidade – mundo, difusora de uma cultura transnacional que se impõe aos valores culturais nacionais, com a proposta de uma reorganização da medicina moderna que se estruturava apenas em contextos nacionalmente localizados. Além disso, as inovações tecnológicas e as experiências transculturais, que colocavam em contato várias tradições de cura, representaram o aparecimento de um campo médico amplo e aberto, significando, conseqüentemente, uma quebra dos padrões institucionais da medicina oficial.

Com efeito, a crise da crença no progresso da modernidade ocasionou o surgimento de novas tecnologias, com suas conseqüentes manifestações culturais, delimitando uma concepção ambivalente da modernidade-mundo, caracterizada por uma orientação ligada à técnica, enfatizando a presença da pesquisa biológica; e por uma tendência vinculada à proposta de re-humanizar a sociedade, com base nas reações sociais erguidas contra os perigos advindos com as utilizações mercantis das tecnologias modernas. Nessa ótica, observamos que as sociedades da modernidade contemporânea são caracterizadas pela presença de diversas divisões e antagonismos

sociais que levam a produção de vários tipos de sujeitos, ou seja, possibilitam a construção de diferentes identidades para os indivíduos.

Ao procedermos ao estudo dos *Modelos de Gestão da Saúde*, no âmbito da Modernidade Médica, verificamos as seguintes variedades: *sociedade medicalizada*; *capitalismo médico*; *misto*; e *medicina coletivizada*. Mas, com a atual crise da medicina, surgem dois novos modelos: o *tecnoutilitarista*, advindo da apropriação da tecnologia de órgãos pelo capitalismo médico e pelos avanços da medicina privada sobre a medicina pública; e o *humanista*, inspirado a partir de avanços de uma medicina social. Já com relação aos *Sistemas Médicos de Cura*, são descritos os *bioorgânicos*, *biopsíquicos*, *populares*, *xamânicos* e os *bioenergéticos*.

Como vemos, a especificidade dos aspectos históricos, culturais e sociológicos de uma dada sociedade influenciam no modo de funcionamento dos modelos médicos. No caso do Brasil, evidenciamos uma medicina oficial que basicamente gira em torno de um setor privado, atendendo à população de renda mais alta; e de um setor público, representado principalmente pelo Sistema Único de Saúde e que responde pelo atendimento da maioria da população. Entretanto, temos também a imbricação de um campo religioso que, a partir da experiência vivida dos atores sociais com a doença, o sofrimento e a cura, relaciona alguns modelos de práticas de cura com a grande variedade de cultos existentes no território brasileiro, basicamente de inspiração africana, indígena e cristã.

No decorrer do presente texto, constatamos que a normalização jurídica da área médica e a regulamentação universitária da profissão, com o monopólio da atividade sendo dada ao médico “regular”, “oficial”, “científico” ou “alopata”, foram contribuições relevantes para a institucionalização de um modelo de medicina

pública. Logo, a predominância do sistema de cura biomédico no âmbito da Modernidade Médica era relevante para a formação de novos modelos de gestão de saúde estatal e mercantil; sendo que era necessário combater as medicinas populares e alternativas para introduzir uma proposta de ciência compatível com a busca de uma racionalidade técnica e científica no campo médico.

Mas, a partir dos anos oitenta do século XX, com a crise do Estado desenvolvimentista, surgiram fortes tendências para a privatização dos serviços médicos do setor público. Então, os países submetidos a limitações econômicas e a grandes desigualdades sociais foram levados a introduzir modelos mistos. No caso brasileiro, a criação do SUS foi acompanhada por várias outras ações objetivando incentivar a medicina mercantil privada; e nos anos noventa desse período, o governo federal continuou estimulando a implantação concomitante dos dois tradicionais modelos de gestão: público e privado. Porém, na época atual, vem sendo observada uma crise no modelo médico dominante, que tem por base um sistema de cura geral e permanente, sintetizado pela modernidade por meio dos avanços da tecnologia e da ciência; haja vista que essa aparente uniformidade conceitual e histórica da medicina oficial omite o fato dela ser possuidora de uma significativa variedade, pois a ciência médica vem passando por diversas modificações ao longo dos séculos.

Com relação ao hospital, inicialmente é importante salientar que desde a Idade Média essa estrutura é fundamental para a vida urbana do Ocidente, mas não como uma instituição médica, pois, nessa época, a medicina não se tratava de uma prática exclusivamente nosocomial, visto que até o século XVIII, o personagem principal do hospital não era o doente a ser curado e sim o pobre que estava morrendo e precisava de ser assistido material e espiritualmente, sendo esta a função essencial do nosocômio. Além

do mais, o hospital surge no plano local como indispensável para o resguardo das pessoas sadias contra a doença, bem como para a proteção dos doentes com relação a eles mesmos.

Nesse contexto, salientamos que a família, lugar natural da doença, onde havia os cuidados espontâneos com a afetividade e o desejo comum da cura, é complementada por um outro espaço no propósito de reproduzir a configuração específica das enfermidades, que são agrupadas, de forma racionalizada e sob o olhar do médico do hospital, por ordens, gêneros e espécies. Portanto, o nosocômio assim concebido possibilitou classificar de tal modo os enfermos que cada um encontrava o que convinha a seu estado, sem comprometer, por sua proximidade, o mal do outro, e sem difundir o contágio no estabelecimento hospitalar ou fora dele.

De maneira que as estruturas hospitalares permaneceram com essas características até o início do século XVIII, com o Hospital Geral sendo, inicialmente, destinado ao internamento de doentes, loucos, devassos, prostitutas etc.; e, posteriormente, em meados desse período, passando a ser uma instituição mista, de exclusão e assistência, onde a função médica não aparecia, pois não havia uma justificação científica na prática médica. Por conseguinte, o paradigma da assistência aos enfermos mudava da atitude piedosa e dos privilégios de uma medicina teórica voltada ao indivíduo, para uma medicina social, que atendia a população em geral, agora sob os estatutos de um Estado essencialmente disciplinador.

De fato, é com a introdução da disciplina no espaço nosocomial, como também por meio da transformação do saber e da prática médica, que eclode uma medicina hospitalar, onde a cura é dirigida por uma intervenção médica que não se endereça mais à enfermidade propriamente dita, mas ao que a circunda: o ar, a água, a temperatura ambiente, a alimentação etc. Logo, é no deslocamento da intervenção médica e na ação disciplinar que está a

origem do hospital médico. Ademais, a medicina pôde tornar-se hospitalar através da neutralização das possibilidades das moléstias encontradas nas pessoas internadas se difundirem para a cidade em que o nosocômio estava situado, bem como devido a equalização das desordens econômicas e sociais verificadas nessa instituição.

Nessa perspectiva, percebemos que as relações de poder, representando sistemas que estão sempre sendo regulados e ajustados, tendo em vista que os regulamentos que norteiam o seu funcionamento, a organização de suas diferentes atividades e os vários atores sociais – cada um com uma função, um lugar e um perfil bem definidos – formam blocos de atividades, comunicação e poderes. Com efeito, era vislumbrada uma tendência do hospital, como um instrumento que permitiria a cura, tornar-se um elemento fundamental na tecnologia médica, por meio da articulação entre a eficácia terapêutica e o saber médico, com suas classificações e técnicas.

Em síntese, a passagem dos hospitais governados pelas ordens religiosas que dominavam as concepções sociais, incluindo à assistência, aos nosocômios do século XIX – abertos aos progressos científicos da medicina, com ênfase às investigações clínicas – resultou nas estruturas hospitalares do século XX, onde a medicina científica instalou-se definitivamente com sua expressão tecnológica e especializada quanto à estrutura profissional e aos cuidados médicos. Ressaltamos que, na época atual, a estrutura hospitalar constitui o campo fundamental da produção do saber e prática médicas, sendo uma instituição que, nos sistemas de saúde contemporâneos, simboliza o coroamento dos conhecimentos especializados.

Realmente, o serviço hospitalar é um mecanismo produtor de cuidados médicos, reunindo profissionais, saberes, tecnologias e infraestruturas materiais; sendo que esses cuidados fornecidos aos

doentes seguem uma linha tradicional denominada de “modelo assistencial clássico”; em que é observado o desenvolvimento de uma medicina com disponibilidade técnica e científica no controle das doenças até o limite da cura, quando possível. Nesse prisma, destacamos que os sistemas de tratamento médico, muitas vezes, desenvolvem-se através de procedimentos de urgência e com caráter imperativo, havendo a necessidade de ações decisivas de intervenções terapêuticas no intuito de prevenir a morte, justificando então a submissão do enfermo. Em suma, tanto para os pacientes como para o pessoal que atua no hospital, o modelo clássico assistencial integra a obediência indiscutível à autoridade médica; conseqüentemente, o doente torna-se um agente passivo dos cuidados médicos que são legitimados em virtude dos critérios preponderantes observados no sistema de cura biomédico.

Nesse sentido, *Foucault*, desde seus primeiros trabalhos, vem destacando o corpo, tal como a ciência o explorou e, ao mesmo tempo, as instituições especializadas em que houve a utilização do poder sobre o corpo. Desse modo, esse autor verificou que tal poder representa a união entre o poder e o saber; e, contestando a noção jurídica do poder baseada na proibição, no interdito e na negatividade, acrescenta-lhe uma visão positiva, através do funcionamento das tecnologias disciplinares nas instituições, objetivando a produção de seres humanos possíveis de serem tratados como corpos dóceis e produtivos. Em outras palavras, as tecnologias disciplinares foram desenvolvidas e aperfeiçoadas nos hospitais, como também em outras instituições, com uma finalidade comum: a produção da docilidade e da utilidade.

Hodiernamente, a organização social do trabalho médico, inerente ao processo evolutivo do hospital, vem revelando uma nova imagem da racionalidade nosocomial. Assim, a partir do momento em que se conseguiu destacar uma função hospitalar

definida tecnicamente, separada das atividades antigas, asilares e de vigilância, estabeleceram-se novas articulações técnicas e econômicas entre o hospital e as estruturas sociais com ele relacionadas. Observe-se, ainda, que o surgimento do hospital moderno revelou-se como um alvo ideal para o desenvolvimento de políticas de saúde, orientadas para a modernização de suas atividades, haja vista que o estabelecimento nosocomial é vislumbrado como uma peça indispensável para a análise da evolução do sistema de saúde como um todo, traduzindo então o poder da tecnologia médica nos sistemas terapêuticos modernos.

Sem dúvida, compreendemos que o impacto da racionalização técnica nas práticas médico-hospitalares avalia-se pelo nível de especialização alcançado nessas atividades, visto que a produção especializada da medicina hospitalar, com o apoio de modernos equipamentos tecnológicos, tem destacado áreas específicas de saber sobre sistemas fisiológicos particulares e circunscritos a determinados órgãos humanos. De fato, até mesmo os setores da medicina já especializados têm sido objeto de uma crescente diferenciação em novas especialidades, que levam em consideração partes ou funções particulares do corpo, doenças específicas, classes especiais de doentes e técnicas cirúrgicas avançadas, como é o caso dos procedimentos cirúrgicos de transplantações de órgãos humanos.

No Sistema de Saúde Brasileiro, as *Instituições de Saúde* são reunidas pelas esferas de atendimento, sendo classificadas em níveis primário, secundário e terciário; ou, ainda, podem ser agrupadas segundo o local de atendimento, com uma distribuição em função da hierarquização: domiciliar, centros de saúde, hospitais de distrito e hospitais especializados. Logo, dependendo do padrão de assistência adotado nas variadas situações, essas organizações variam desde os domicílios privados até os grandes complexos hospitalares especializados, onde são realizados procedimentos de alta complexidade,

destacando-se as *Transplantações de Órgãos Humanos*. No caso específico dos pacientes renais crônicos, o transplante oferece a melhor oportunidade de reabilitação e de sobrevida a longo prazo, com menor custo social que a hemodiálise; sendo que para aqueles enfermos com cardiopatia, hepatopatia ou pneumonia terminal, tal procedimento é de maior valor, por ser a única opção terapêutica capaz de evitar a morte certa, em poucos meses, oferecendo a expectativa de uma nova vida.

Saliente-se que a principal característica do transplante que o distingue de outras cirurgias, convertendo-o em uma terapêutica única, é a necessidade da utilização de um órgão ou tecido proveniente de um doador, vivo ou cadáver; contudo, na presente época, a captação de órgãos de doadores cadáveres, ainda, não atende à demanda na quase totalidade dos países que realizam transplantes. De forma que é observada uma grande limitação ao transplante com doador cadáver, tendo em vista que apenas uma pequena fração dos indivíduos que morrem, pode converter-se em efetivos doadores de órgãos; sendo isto explicado devido ao fato de que a retirada de órgãos, na maioria dos países que utilizam essa tecnologia médica, só é possível em pacientes com morte encefálica, ou seja, em pessoas que apresentam destruição completa e irreversível do cérebro, mas que mantêm, temporária e artificialmente, os batimentos cardíacos, a função respiratória e a circulação sanguínea.

No Brasil, o processo de obtenção de órgãos para transplante inicia-se com os médicos intensivistas ou assistentes que, juntamente com os membros das Comissões Intra-Hospitalares de Transplantes, identificam os potenciais doadores, diagnosticam a declaração de morte encefálica, notificam a família e fazem a comunicação a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) da respectiva região; continuando com a entrevista, em que se solicita o consentimento para a remoção

dos órgãos e tecidos; e terminando, após a remoção e distribuição dos órgãos e tecidos, com o acompanhamento dos resultados. Nos últimos anos, o Sistema Nacional de Transplantes registrou um aumento no total de procedimentos em praticamente todo o território brasileiro, sendo que tal crescimento é consequência da conscientização da população, da efetiva atuação das equipes e instituições autorizadas pelo Ministério da Saúde, bem como da regulamentação do Sistema Nacional de Transplantes, fundamentada no texto legal vigente.

Registre-se que, de acordo com a nossa atual legislação, todo cidadão tem direito a receber órgãos, em conformidade com a indicação médica, gratuitamente; como também o Sistema Único de Saúde garante a assistência durante toda a vida do paciente transplantado, fornecendo, inclusive, os medicamentos necessários para evitar a rejeição. Com efeito, observamos que as reformulações administrativas e legais, nos sistemas de captação de órgãos, com a criação de novos centros transplantadores, vêm dando resultados satisfatórios. Além disso, a divulgação do tema, como também a melhoria no controle das infecções e dos efeitos colaterais das drogas imunossupressoras, juntamente com o desenvolvimento de métodos cada vez mais sensíveis para detectar episódios de rejeição, colaboraram para a eficácia do tratamento e diminuição dos riscos dos procedimentos. Realmente, esses avanços trouxeram benefícios aos pacientes, melhorando a qualidade de vida de todos os envolvidos no processo.

A doação de órgãos é um assunto onde questões éticas, legais, físicas, psíquicas, religiosas e culturais são cuidadosamente debatidas; logo, é pertinente pensarmos nos aspectos antropológicos que se encontram na tensão entre o respeito à diversidade cultural e a concomitante busca de universalização de direitos e valores. De modo igual, é fundamental refletirmos sobre o papel da disciplina

sociológica nessa perspectiva, face às novas exigências impostas pela sociedade contemporânea, especialmente se considerarmos as novas tecnologias médicas, como é o caso das transplantações de órgãos humanos, que reconfiguram as fronteiras entre natureza e cultura, haja vista que o homem, com os transplantes como uma invenção moderna do corpo, rompe com a natural linearidade fisiológica do ciclo vital, através da superação da doença, pois o paciente transplantado recupera-se, volta a normalidade e a vida regular, passa a ter qualidade de vida; enfim, ele ganha uma nova vida, volta a viver. Consequentemente, surge um novo sujeito, pós-orgânico, que é construído pelas rupturas advindas com os transplantes, estando ele possibilitado a continuar vivendo por meio da inter-relação de processos que une a objetividade da racionalidade científica e tecnológica com a subjetividade que surge no campo do simbólico, envolvendo sentimentos, emoções, altruísmo, solidariedade, generosidade, reciprocidade, fé, milagre, graça, entre outros elementos, sendo nesse contexto que são relevantes as questões sobre as noções de corpo, pessoa e família.

Concluimos este estudo enfatizando que, neste início de século, a humanidade continua a vivenciar profundas transformações, notadamente nas esferas econômica, cultural, social e política, visto que a internacionalização da produção, distribuição e consumo, juntamente com os avanços tecnológicos e científicos, têm como resultado a globalização da economia com as suas consequências. Então, compreendemos que é relevante a discussão sobre a questão da *saúde no campo público*, destacando as propostas de ações no campo da saúde a serem implementadas. Enfim, esperamos que a história da evolução da medicina e da estrutura hospitalar moderna possa oferecer à humanidade um resultado positivo, no sentido de conscientização da sociedade, em geral, sobre a relevância da concretização do direito social à saúde como forma legítima de expressão de dignidade humana.