

O CUIDADO EMANCIPADOR E A SIMETRIA DE PODER

Nelson Filice de Barros¹

RESUMO

O cuidado é um atributo da espécie humana e das ações de cuidado resultam ainda hoje as possibilidades da nossa manutenção no planeta. Por meio de ações de cuidado são construídos diferentes sentidos do que é comum entre os agentes de um grupo social, em relação ao processo de saúde e doença. Ações de cuidado são desenvolvidas com base nos “regimes de verdade” de cada tempo, espaço e sociedade. Contemporaneamente, a maior parte do cuidado realizado pelos profissionais de saúde produz assimetrias de poder entre os cuidadores e os experientes, aqueles que experimentam o processo saúde–doença–cuidado fixando relações de autoridade moral-legal dos profissionais em relação aos experientes. Neste “século dos pacientes”, as ações de cuidado não se orientam para produzir experientes que façam guerra contra os profissionais, mas para desenvolver um modelo de cuidado emancipador que produza bases interacionais e dialógicas para a emancipação pela via do cuidado em saúde.

Palavras-chave: Cuidado. Processo Saúde e Doença. Poder. Assimetria. Emancipação.

ABSTRACT

Care is an attribute of the human species and care actions still result today in the possibilities of our maintenance on the planet. Through care actions, different meanings are constructed showing what is common among agents of a social group in relation to the health and disease process. Care actions are developed based on the “truth regimes” of each time, space and society. Contemporaneously, the most part of the healthcare provided by health professionals produces asymmetries of power between caregivers and the experienced, those who experience the health-disease-care process, establishing relationships of moral-legal authority of the professionals in relation to the experienced ones. In this “century of patients”, healthcare actions are not geared towards producing experts who wage war against professionals, but to develop an emancipatory care model that produces interactional and dialogical bases for emancipation through healthcare.

1 Professor livre-docente da Área de Ciências Sociais Aplicadas à Saúde e coordenador do Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde (LAPACIS), do Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (DSC/FCM/Unicamp). E-mail filice@unicamp.br.

Keywords: Care. Health and Disease Process. Power. Asymmetry. Emancipation.

1. INTRODUÇÃO

O cuidado é um atributo da espécie humana. É diferente do instinto de cuidado de outras espécies animais porque se apoia em intencionalidades e razões práticas relativas à cultura. Entenda-se a cultura como um conjunto de ações desenvolvidas de forma consciente ou não, associadas à constituição do complexo sentir–pensar–fazer dos indivíduos em diferentes grupos.

Do desenvolvimento das ações de cuidado resultou, e resulta ainda hoje, a possibilidade da manutenção da espécie humana no planeta, pois as nossas crias nascem completamente dependentes dessas ações cuidadoras. Além disso, as ações de cuidado são parte das práticas que engendram sentidos do que é comum entre os agentes de um grupo e produzem classificações de identificação-pertencimento e diferença-impedimento. Trata-se de ações apoiadas em recursos, materiais e imateriais, e na tangibilidade concreta e abstrata desses recursos para indivíduos e coletivos. Portanto, o cuidado é um atributo cultural da espécie, e agir cuidadosamente pode ser a abertura individual para se deixar ser afetado pela necessidade do outro. Ao passo que receber uma ação de cuidado pode ser a expressão da abertura pessoal para se deixar afetar.

O cuidado coletivo é o esforço da manutenção dos grupos e é um direito restitutivo que toda pessoa que contribui com uma comunidade deve ter pela sua participação. O cuidado associado à dimensão individual ganha expressão mais especializada no complexo dar–receber–retribuir. Associado aos coletivos, o cuidado ganha expressão mais aprimorada na forma das políticas públicas universais e equitativas. No âmbito religioso, o cuidado individual-coletivo se expressa em ações orientadas para a expiação, com as quais se pretende a purificação das faltas, falhas e delitos, dessa e de outras vidas, a depender do credo e da doutrina.

O cuidado é também uma expressão indissolúvel de múltiplas experiências de natureza-cultura. É, assim, um complexo de instintos e de regimes historicamente situados de construção de identidades, diferenças, representações e padrões de regulação social. Os modelos de cuidado apoiam-se nos “regimes de verdade” de cada tempo, espaço e sociedade. Apoiam-se, também, na assimetria de poder entre os cuidadores e experientes – aqueles que experimentam o processo saúde–doença–cuidado (ANDRADE; MALUF, 2017). A relação desigual de poder possibilitou, e ainda possibilita, a construção de autoridade moral-legal dos profissionais em relação aos

experientes e conseqüentes constrangimentos às suas dimensões biológicas, psíquicas, sociais, culturais, econômicas e religiosas. Algumas vezes, a assimetria de poder nas interações do campo da saúde foi maior, outras vezes menor, e a emancipação pela via do cuidado é um evento e uma necessidade contemporânea que apenas recentemente tem sido tematizada.

2. HISTÓRIA E PERSPECTIVA DE DIFERENTES MODELOS DE CUIDADO²

Por meio de olhares amedrontados e observações continuadas foram criados *modelos de cuidado empírico*. A busca foi pela solução imediata dos problemas de saúde, e Jack London, no livro *Antes de Adão*, nos convida a pensar que possivelmente o cuidado nasceu no momento em que alguém “permaneceu do lado vencendo o medo, renunciando o altruísmo e companheirismo e segurando o impulso egoísta de fuga para socorrer na infância da raça”. Se o início empírico do cuidado foi mais ou menos a partir de fatos como esse, podemos observar que ele se desenvolveu nas práticas entre um indivíduo fragilizado e aquele que se dispôs a auxiliar.

Séculos de experiência humana foram necessários para que houvesse a distinção das características sociais do cuidador. Por alguma singularidade, um indivíduo mostra-se, em relação a todos os demais do grupo, com maior capacidade de observar a dor, o sofrimento e a morte de outras pessoas. Os indivíduos com estas habilidades e competências apoiaram-se em suas autoridades internas e externas para criar formas de iniciar outros cuidadores e dar início a linhagens dos, assim chamados, xamãs.

A origem da palavra xamã “vem do tungue *saman*, aparentado com o sânscrito *sramana* e com o pali *samana*, que significa *homem inspirado pelos espíritos*, com origem na Ásia Central e, segundo Mircea Eliade, com traços evidentes de influências iranianas (mesopotâmicas), indianas e budistas” (MONTAL, 1986, pp. 15-6). O xamã é o mediador oficial entre homens e deuses, presidindo nascimentos, casamentos, enterros e toda cerimônia coletiva. A escolha de um xamã se dá por: vocação espontânea, transmissão hereditária, decisão pessoal e por eleição no grupo. Sua formação acontece com a submissão a: *torturas* (infligidas pelos demônios ou pelos espíritos dos ancestrais, indispensáveis à transformação espiritual do candidato), *morte simbólica* (que passa pelo retalhamento e esquarteramento do corpo), *renascimento numa nova carne* (ressurreição para uma personalidade inteiramente nova, com psiquismo poderoso, percepção e intuição) (ibidem, 1986, p. 52).

² Uma versão mais detalhada da análise de cada modelo de cuidado apresentado nessa parte pode ser encontrada no livro *A construção da medicina integrativa: um desafio para o campo da saúde* (BARROS, 2008), que resultou de minha tese de doutoramento.

Os xamãs desenvolveram *modelos de cuidado mágico-religiosos*. Não abandonaram o empirismo, mas ampliaram as suas explicações com explicações racionais para o processo de adoecimento e cura, apoiados em forças esotéricas. Séculos de experiências empíricas e mágico-religiosas de cuidado forneceram elementos para que Hipócrates, reconhecido ainda hoje como pai da medicina ocidental, criasse o *modelo de cuidado hipocrático*, que introduziu técnicas observacionais e o estudo dos sintomas (semiologia). Foi uma passagem da racionalidade mágica para a técnica. Para uma mente mágica, o medicamento pode atuar efetivamente pelo ritual com o qual é administrado, por quem detém o poder pessoal intransferível de administrá-lo ou pela força do local em que será administrado; para uma mente técnica, uma droga age pela sua natureza (LAÍN ENTRALGO, 1950).

O modelo de cuidado hipocrático foi desenvolvido nos templos de Asclépio, deus grego da medicina. O templo era o lugar de trabalho dos médicos sacerdotes, chamados Asclepiades, e eram lugares sagrados, local de peregrinação, santuário e escola, além de estação de repouso e cura (LOPES, 1970).

O cristianismo representou uma força que impeliu o sentimento de solidariedade e transformou esses templos em hospitais e asilos durante o Império Romano e, posteriormente em escolas médicas na Europa Medieval. Na medicina medieval, o amor cristão elevou o doente à condição de pessoa em processo de purificação, e o médico, membro da *ekklesia*, a irmão de fé com o preceito bíblico de fazer ao outro o que quisesse que lhe fosse feito. O *modelo de cuidado medieval* gerou a necessidade de dois diagnósticos distintos, um concernente ao que é a doença em relação à ordem natural, ou seja, um diagnóstico morfo-fisiológico, e outro, relativo à ordem espiritual da doença, que deu forma a um diagnóstico religioso-espiritual. Esse modelo de cuidado enriqueceu de significado os nossos estados mais indesejados e os fez parecer, além de causa de aflição, em que a vida é aborrecida e molestada com a falta de saúde, também ocasião de mérito e signo de distinção sobrenatural.

Com um salto de séculos, passando pelo Renascimento e pelo Iluminismo, sem aprofundar nesses períodos, uma vez que não é minha intenção refazer a história da medicina, alcançamos a modernidade, que trouxe estratégias políticas e econômicas para impulsionar o desenvolvimento “dos principais traços do novo paradigma científico, cientes de que o que os separa do saber aristotélico e medieval ainda dominante não é apenas, nem tanto, uma melhor observação dos fatos, como, sobretudo, uma nova visão do mundo e da vida” (SANTOS, 2000, p. 62).

As ações cuidadoras que se desenvolveram na modernidade impulsionaram o desenvolvimento do *modelo de cuidado da clínica moderna ou do*

cuidado biomédico. Identificados com o novo espírito científico, seus agentes começaram a perceber mais a razão do que a imaginação; mudaram de estrutura e fizeram aparecer sob o olhar e na linguagem o que se encontrava aquém e além de seu domínio; e entre as palavras e as coisas estabeleceram uma nova aliança (FOUCAULT, 1988). Em outros termos,

Não é mais o olhar de qualquer observador, mas o de um médico apoiado e justificado por uma instituição, o de um médico que tem poder de decisão e intervenção. Em seguida, é um olhar que não está ligado pela rede estreita da estrutura (forma, disposição, número, grandeza), mas que pode e deve apreender as cores, as variações, as ínfimas anomalias, mantendo-se sempre à espreita do desviante. Finalmente, é um olhar que não se contenta em constatar o que evidentemente se dá a ver; deve permitir delinear as possibilidades e os riscos (ibidem, p. 101).

No modelo de cuidado biomédico, o fim cedeu lugar ao meio, pois a perspectiva de comparar cada parte para compor a totalidade reduziu-se apenas ao infinito labirinto da decomposição das partes. Essa inversão deixa ver, por derivação, outras características do modelo de cuidado biomédico além da ênfase na parte, como: trabalho com fatos específicos ou particulares; caráter reducionista; caráter mecanicista; base em regularidades e leis universais (protocolos); normatividade; hospitalocentrismo; e unicausalidade.

Esse modelo de cuidado marcou a

reorganização do espaço manifesto e secreto que se abriu quando um olhar milenar se deteve no sofrimento dos homens. O rejuvenescimento da percepção médica, a iluminação viva das cores e das coisas sob o olhar dos primeiros clínicos não é, entretanto, um mito; no século XIX, os médicos descreveram o que, durante séculos, permanecera abaixo do limiar do visível e do enunciável. Isto não significa que, depois de especular durante muito tempo, eles tenham recomeçado a perceber ou a escutar mais a razão do que a imaginação; mas que a relação entre o visível e o invisível, necessária a todo saber concreto, mudou de estrutura e fez aparecer sob o olhar e na linguagem o que se encontrava aquém e além de seu domínio. Entre as palavras e as coisas estabeleceu-se uma nova aliança fazendo *ver* e *dizer* (ibidem, p. X).

Um dos princípios adotados nesse novo limiar do conhecimento biomédico foi a noção de unicausalidade, com a qual as doenças passam a ser compreendidas em uma relação de causa e efeito, na qual existe um, e apenas um, agente para uma doença. A força desse postulado “método-lógico” da bacteriologia elevou o *modelo de cuidado biomédico* ao lugar de paradigma hegemônico. Na década de 30 do século XX, houve outra produção que fortaleceu ainda mais a hegemonia da perspectiva unicausal. Com o

desenvolvimento dos antibióticos, cujo sentido etimológico é “anti-vida”, produziu-se o que veio fechar o ciclo do conhecimento sobre as doenças infectocontagiosas, uma vez que delas já eram conhecidos os fatores etiológicos, os ciclos de desenvolvimento e agora a substância que eliminaria ou interromperia o desenvolvimento desses fatores causadores.

Dessa forma, o desejo de compreensão de todo o corpo transformar-se em ênfase na parte. Trata-se da escolha de enfatizar a perspectiva reduzida na parte em detrimento da investigação ampliada no todo formado pelas partes. O estabelecimento da perspectiva na parte apoiou-se na lógica mecanicista, que produz a partir dos fatos específicos ou particulares dos corpos um reducionismo biológico.

A palavra mecânico tem origem grega e latina (do grego *mechanikós*, pelo latim *mechanicu*) e significa uma ação “executada por máquina ou mecanismo”. Quando usada em filosofia, é “relativa a processo em que se pode determinar uma série de fases subordinadas e dependentes umas das outras e relativas a processo em que cada momento é determinado por condições antecedentes invariáveis”. Ainda na filosofia, por derivação, criou-se o conceito de mecanicismo, significando uma

doutrina que admite que determinado conjunto de fenômenos, ou mesmo toda a natureza, se reduz a um sistema de determinações mecânicas. Afirmar-se esta doutrina, sobretudo por conceber o movimento como determinado por lei causal rigorosa e por negar todo tipo de finalismo ou de qualidade oculta para a determinação dos fenômenos naturais (FERREIRA, *mecanicismo*).

A crítica ao mecanicismo foi muito bem desenvolvida por Fritjof Capra em *O ponto de mutação*, tanto no livro quanto no filme de mesmo título, quando o autor apresenta o relógio como a representação do funcionamento mecânico perfeito da ciência moderna (CAPRA, 1988). Muitas outras críticas foram desenvolvidas em relação ao “endurecimento” das ações cuidadoras do modelo de cuidado biomédico. A tese defendida pelos críticos desse modelo é a de que a transposição direta dos fundamentos das ciências físicas e químicas para a medicina é inadequada. Afinal,

a concepção do mundo segundo a física é determinada pela aplicação da causalidade, como categoria, a uma matéria mensurável, dispersa e sem qualidade. Os limites de tal aplicação estão no ponto em que tal dissolução em partes não é possível, no ponto em que aparecem, em biologia, objetos caracterizados por uma uniformidade, uma individualidade, uma totalidade cada vez mais precisas (CANGUILHEM, 1978, p. 177).

Já referi que a base teórica do modelo de cuidado biomédico resulta dos pressupostos epistemológicos e das regras metodológicas da ciência

do século XIX e XX. Esse conhecimento causal dá origem ao movimento da formulação de leis a partir de regularidades observadas, com vistas a prever o comportamento futuro dos fenômenos. As leis da natureza foram desenvolvidas, por um lado, isolando as condições iniciais relevantes e, por outro lado, na certeza de que o resultado se reproduz independentemente do lugar e do tempo referentes às condições iniciais.

As leis, enquanto categorias de inteligibilidade repousam num conceito de causalidade escolhido entre os oferecidos pela física aristotélica. Aristóteles distingue quatro tipos de causa: causa material, causa formal, causa eficiente e causa final. As leis da ciência moderna são um tipo de causa formal que privilegia o *como funcionam* as coisas em detrimento de *qual o agente* ou *qual o fim* das coisas (SANTOS, 2000, pp. 64-5, grifo nosso).

A incorporação de causas formais no cuidado biomédico permitiu a previsão e a intervenção no real, além de capacitação para responder sobre os fundamentos do seu rigor e da sua verdade. Finalmente, a adoção das causas formais delimitou uma epistemologia orientada para e pela formulação de leis, ideia de ordem, estabilidade do mundo e na ideia de que o passado se repete no futuro.

Lei é uma palavra originária do latim *lege*, cujo significado fundamental é o de norma obrigatória, desenvolvida a partir das dimensões natural, jurídica e moral. O fundamento da lei pode estar na inexorabilidade das etapas biológicas, nas palavras dos textos sagrados, nas normas de regulação social, no julgamento dos legisladores, no conjunto de hábitos e costumes que formam a consciência coletiva dos grupos ou na exigência racionalista etc. É usual dividir as leis em natural, aquela que se cumpre implacavelmente e que é expressa em uma linguagem indicativa, como as da biologia; e moral, que pode ser cumprida ou não, e que expressa prescrições. A lei natural é predominante nas relações constantemente observadas na natureza, em que reina a disciplina natural, enquanto a lei moral regula as ações para fins, de forma imperativa, para que se façam cumprir a disciplina institucional e organizacional, admitindo-se na lei moral três princípios: o princípio de identidade, o princípio de contradição e o princípio do terceiro excluído.

No modelo de cuidado biomédico predominam as leis naturais, que foram produzidas a partir do método de: observação dos fatos, comprovação empírica de uma regularidade nos fatos observados e construção indutiva da passagem da regularidade do fenômeno para a generalização da lei a todos os fenômenos semelhantes. Esse método apoiou o desenvolvimento dos chamados protocolos, que estabelecem uma sequência estruturada de etapas que o profissional deve seguir, e da chamada medicina defensiva,

que impõe aos experientes ações muitas vezes desnecessárias. As leis fixadas no formato dos protocolos tornaram-se uma das maiores questões epistemológicas do conhecimento do campo da saúde, pois “acima de tudo, a simplicidade das leis constitui uma simplificação arbitrária da realidade que nos confina a um horizonte mínimo para além do qual outros conhecimentos da natureza, provavelmente mais ricos e com mais interesse humanos, ficam por conhecer” (SANTOS, 2000, p. 72).

Uma vez estabelecido o uso corrente dos protocolos, outras estruturas epistemológicas, em consequência, são produzidas no interior do modelo de cuidado biomédico, como a previsibilidade, a normalização e a reprodutibilidade. A fixação do padrão normal e do patológico na vida humana é um exercício artificial de classificação e fixação de taxas e medidas. A normalização alcançou também a dimensão da normatização arbitrária, para privilegiar o normal como expressão do bom, belo e verdadeiro, em detrimento do patológico que deve ser, de todas as formas, extirpado da experiência humana. Todavia, Canguilhem (1978) ensinou que “são os insucessos da vida que chamam a atenção para a vida. É a própria vida, pela diferença que estabelece entre seus comportamentos propulsivos e repulsivos, que introduz na consciência humana as categorias de saúde e de doença” (p. 182).

Para Canguilhem, o modelo de cuidado biomédico não é uma ciência, porque é formado por um *continuum* axiomático e teórico diferente do postulado para uma ciência, pois “a doença difere da saúde, o patológico do normal, como uma qualidade difere de outra, quer pela presença ou ausência de um princípio definido, quer pela reestruturação da totalidade orgânica” (ibidem, p. 21). O cuidado biomédico como “ideologia científica” propõe definições de saúde e doença associadas a valores, portanto muito menos objetivos do que a ciência buscaria. Assim, a doença

não é somente desequilíbrio ou desarmonia; mas, talvez, sobretudo, o esforço que a natureza exerce no homem para obter um novo equilíbrio. A doença é uma reação generalizada com intenção de cura. O organismo fabrica uma doença para se curar a si próprio. A terapêutica [ações cuidadoras] deve, em primeiro lugar, tolerar e, se necessário até reforçar essas reações hedônicas e espontâneas (ibidem, pp. 20-1).

Enquanto a saúde “é a vida no silêncio dos órgãos (...) o estado de saúde, para o indivíduo, é a inconsciência de seu próprio corpo. Inversamente, tem-se a consciência do corpo pela sensação dos limites, das ameaças, dos obstáculos à saúde” (ibidem, p. 67).

Essa lógica de classificação e fixação somou-se ao determinismo unicausal especialmente orientado para a possibilidade da busca de relações

constantes entre os fenômenos. Com a ação experimental, de caráter determinista, o modelo de cuidado biomédico passa a ser produzido com características da mecânica clássica. Esse experimentalismo científico coloca na zona de baixa credibilidade os pressupostos, as hipóteses e as comprovações geradas pela experiência individual e coletiva, quer das verdades cosmológicas ou dos símbolos grupais, quer pela experiência individual, que possibilita a “experienciação” (ação de experimentar) de todos os agentes. Ao eliminar o conhecimento produzido pelos experientes em suas experiências, o cuidado biomédico tem causado um distanciamento profundo entre especialistas (profissionais) e experientes. Isto é, a separação entre aqueles que deveriam compreender e conduzir o processo de “experienciação” e aqueles que experimentam, procurando, através de seu modelo explicativo, respostas para se curar sem sequelas ou para sobreviver com elas ou, também, para experimentar a morte, como o fim do processo vital.

A eliminação da “experiência dos experientes” é ainda mais presente nos espaços hospitalares. *O modelo de cuidado biomédico adotou o hospital como uma das suas instituições mais importantes, principalmente após a segunda metade do século XX.* O hospital como uma instituição tem o mesmo estatuto das escolas, dos tribunais, do parlamento ou do exército etc. Ele desempenha, para além de funções estritamente técnicas, um papel social, econômico, ideológico, científico e político, que se articula com os poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, com a proteção social, a educação, a ciência e a tecnologia, as associações profissionais, a indústria farmacêutica e outros poderes. O hospital apresenta: divisão de tarefas; distribuição de papéis (divisão social do trabalho); sistema de autoridade (de modo a adequar o comportamento dos membros da organização aos papéis distribuídos e à realização dos objetivos instituídos); sistema de comunicação (com o fim de pôr os indivíduos em relação uns com os outros e com o exterior); e um sistema de contribuição-remuneração (definindo o que cada um deve dar à organização e receber em troca) (CARAPINHEIRO, 1998). No hospital foi operada a substituição do olhar do “curioso” pelo olhar do cientista. Essa operação procurou entre as ferramentas da racionalidade os métodos e lógicas para registrar as frequências da simultaneidade ou da sucessão, as quais são muito mais complexas do que um puro e simples conhecimento do coletivo de casos, pois desenvolve uma nologia, ou seja, uma classificação e estudo das doenças.

Esse foi um tempo de tornar duras as estruturas que restavam ainda frouxas nas ações de cuidado. E, como o mais inexato e pouco objetivo nas práticas de cuidado do campo da saúde é o paciente, então aquele foi o tempo de optar pelo mais objetivo. Assim, os profissionais da saúde optaram pela atenção à doença, em detrimento do doente. A consequência foi a geração de um modelo prático e teórico mais assimétrico e autoritário,

no sentido de desenvolver relações desiguais e com caráter de dominação, justificadas pela autonomia e competência técnica do profissional e na participação passiva e subordinada do paciente, com a exclusão dos seus conhecimentos, suas representações, usos e costumes em relação ao processo saúde–doença–cuidado.

As múltiplas formas de reducionismo do modelo de cuidado biomédico somadas à hierarquização dos saberes no campo da saúde impulsionaram, de dentro do próprio campo da saúde, uma reparação ainda na primeira metade do século XX, na década de 40, com o desenvolvimento do *modelo de cuidado da História Natural da Doença (HND)*, ou tríade ecológica composta por agente, ambiente e hospedeiro. A HND é o resultado da associação dos conhecimentos sobre atividades de prevenção a doenças, promoção da saúde e da clínica. A proposta original era a de que o modelo servisse para conhecer os determinantes biológicos, psicológicos e sociais do indivíduo doente, nos períodos anterior e posterior à doença, mas a aplicação do modelo da HND privilegiou os dados biológicos. No final dos anos de 1960 é forjada uma segunda reforma do modelo de cuidado biomédico, com a introdução de elementos do materialismo histórico nas explicações do processo saúde–doença–cuidado. Incorporando o pensamento marxista nas análises da saúde, desenvolve-se, na América Latina, um *modelo de cuidado orientado pela epidemiologia social*, no interior do qual são investigados: inserção no trabalho, posição de classe social, relações de produção e outras. Esse modelo de cuidado baseado na epidemiologia social, ou modelo histórico-estrutural, conseguiu comprovar que: a doença, efetivamente, tem caráter histórico e social; as dimensões político-econômicas permitem um aprofundamento na compreensão do processo saúde–doença–cuidado; é possível conceituar a causalidade ou determinação do social sobre o processo de adoecer, restabelecer ou morrer (LAURELL, 1983).

A partir de uma leitura social mais culturalista, em detrimento dessa lógica estruturalista anterior, foi desenvolvida uma terceira tentativa de reforma no modelo de cuidado da medicina ocidental contemporânea. Trata-se do modelo de cuidado que valorizou as *representações sociais* para compreender as diferenças nas formas de registrar, interpretar e analisar os determinantes do processo saúde–doença–cuidado nas populações. A representação social pode ser conceituada como “um termo que significa a reprodução de uma percepção retida na lembrança ou do conteúdo do pensamento” (MINAYO, 1994, p. 89). O cuidado orientado pelas representações sociais deve identificar ou resgatar: o que se manifesta em palavras, condutas e sentimentos e institucionaliza-se através das estruturas e dos comportamentos sociais; o que está na linguagem e é tido como forma de conhecimento e de interação social; o que possui graus diferenciados de nitidez e de clareza em relação ao real; o que marca o entendimento dos

grupos sociais com seus pares; o que está na realidade vivida dos atores sociais que se movem, constroem a vida e explicam-na mediante seu estoque de conhecimento; o que corresponde a situações reais de vida; o que representa de forma mais abrangente a sociedade e revela a visão de mundo de determinada época; o que não é necessariamente consciente e pode perpassar determinado grupo social ou a própria sociedade como algo anterior e habitual, que se reproduz a partir das estruturas e das próprias categorias de pensamento do coletivo ou dos grupos; o que pode surgir de uma elaboração teórica, mas que é uma mistura das ideias das elites, das massas e das filosofias correntes e expressam as contradições vividas no plano das relações sociais de produção; o que está presente, ao mesmo tempo, como elemento de dominação, de resistência, de contradições e conflitos e de conformismo; o que não conforma a realidade e que não são verdades científicas (MINAYO, 1994, pp. 108-10).

Também fora do contexto do campo da saúde foram elaboradas propostas de mudanças no modelo de cuidado biomédico. Durante os anos de 1960, muitos agentes direta ou indiretamente ligados aos movimentos de contracultura em países dos continentes europeu e americano buscaram outros modelos de cuidado. Por um lado, trouxeram conhecimentos milenares de outras racionalidades médicas, como a chinesa e a indiana; por outro lado, procuraram inovações nas práticas vitalistas ocidentais e nas racionalidades médicas da homeopatia e da antroposofia. Do conhecimento ocidental foi recuperada a noção de holismo, que pode ser considerada uma das bases fundamentais da maior parte das práticas do *modelo de cuidado não biomédico*, ou modelo de cuidado das práticas alternativas, complementares e integrativas.

O conceito de holismo no campo da saúde resulta de uma releitura da noção produzida na década de 1920. O prefixo *holos* pode ser traduzido, sucintamente, como “todo” (WEIL, 1990). O modelo de cuidado apoiado no holismo é desenvolvido como uma crítica e uma alternativa à dimensão reducionista e centrada nas partes, que caracteriza o modelo de cuidado biomédico. Trata-se de um modelo de cuidado do todo formado pela saúde–doença–cuidado e irreduzível a apenas uma dessas partes. Segundo Ferguson (1995, p. 47), no fulcro desse conceito há o alerta de que, “se não olharmos para o conjunto, se deixarmos de ver a tendência da natureza em caminhar para uma organização mais apurada, não seremos capazes de dar sentido às nossas aceleradas descobertas científicas”.

O modelo de cuidado não biomédico trouxe tensionamentos importantes para o campo da saúde e, desde o momento em que passou a ser identificado, ocasionou uma relativização profunda do modelo de cuidado biomédico. Por um lado, apresentou possibilidades de cuidado e cura fora do paradigma

hegemônico da medicina ocidental contemporânea. Destaca-se que em 1980 foi criada a categoria específica *Holistic Health* no sistema de classificação da literatura indexada da biblioteca nacional americana. Posteriormente, em 1986, foi introduzida a categoria *Alternative Medicine* e, nos anos de 1990 e 2000, respectivamente, as modalidades *Complementary Medicine* e *Integrative Medicine*. Essas categorias foram inseridas no sistema indexador da literatura científica pela crescente produção de pesquisas sobre o assunto, que deram visibilidade a um enorme movimento social de profissionais e experientes em busca de outras práticas de cuidado.

Por outro lado, o modelo de cuidado não biomédico sinalizou a inviabilidade do foco nas partes que foi assumido na fundação do projeto das ciências da saúde. Mais e mais os profissionais da saúde foram identificando que a enorme quantidade de informações precisava ser sintetizada para garantir a sua aplicação de forma segura. Além disso, observaram que algumas informações têm melhor qualidade metodológica e maior confiabilidade, em relação a outras que atendem interesses específicos de grupos profissionais e econômicos.

O problema posto pela ciência, da opção de enfatizar as partes em detrimento do todo, e a necessidade de criar sínteses da informação vinham sendo debatidos desde o início da segunda metade do século XX, inclusive como uma forma de frear o crescimento do modelo de cuidado holístico. Nos anos de 1970, soma-se à necessidade de criar sínteses, também, a urgência de se construir avaliações críticas para a tomada de decisões no modelo de cuidado biomédico. Uma saída foi apresentada com o desenvolvimento do método estatístico da meta-análise, publicado em 1976 (SMITH; RENNIE, 2014), concebido para integrar os resultados estatísticos de diferentes estudos sobre uma mesma questão de pesquisa. A técnica preconiza que se realize uma revisão sistemática da literatura para identificar as publicações sobre a questão que se está tentando sintetizar e se aplique a estatística para integrar os resultados das diferentes pesquisas. Com isso, conclui-se se a maior parte dos estudos sinaliza vantagens ou desvantagens de determinada intervenção para o cuidado de algum evento específico.

Em 1992, esse movimento do interior do próprio modelo de cuidado biomédico ganhou a conceituação que lhe faltava e que passa a constituir mais um modelo de cuidado, qual seja o *modelo de cuidado da medicina baseada em evidências*. Desde o princípio, as soluções apresentadas por este modelo sinalizam a exclusão de todo um conjunto de conhecimentos para garantir a criação de “um novo paradigma para a prática médica [que] desenfatura a intuição, a experiência clínica não sistemática e a lógica fisiopatológica como fundamento suficiente para a tomada de decisão

clínica e enfatiza o exame de evidências da pesquisa clínica” (GUYATT et al., 1992). Além das exclusões iniciais, somam-se outras relativas ao tipo de evidência considerada mais positiva, de forma que a resposta dada ao problema metodológico de enfatizar as partes é superficialmente resolvida, pois se instala mais um conjunto de ações restritivas e focadas em construir totalidades apenas com parte das partes.

Esse modelo de cuidado baseado em evidências é bastante novo, mas ganhou uma força disciplinadora que tem cumprido os mesmos princípios do modelo biomédico de cuidado. Assim, além de continuar focado na doença, excluindo o doente, passou a fundamentar classificações espúrias do conhecimento e construir gargalos para a introdução de novas práticas de cuidado no campo da saúde.

3. CUIDADO EMANCIPADOR

Basicamente, o cuidado emancipador é aquele que desloca o poder para o experiente ou no mínimo simetriza o poder entre ele e os profissionais. De outra maneira, é o cuidado que produz mais autonomia e menos heteronomia. Alertou-nos Bauman (2012), no entanto, que:

A liberdade de autodeterminação é uma bênção – e uma maldição. Estimulante para o ousado e diligente, atemorizante para o fraco – de espírito, de braços ou de vontade. Mas não é só isso. A liberdade é uma relação social: para que alguns sejam livres a fim de atingir seus objetivos, outros devem ser não livres no que se refere a opor resistência aos princípios. (...) Ainda que a liberdade de alguém possa ser contemplada como uma bênção indubitável, a perspectiva de liberdade ilimitada para todos os outros poucas vezes é agradável. Mesmo para os mais ardentes entusiastas da autodeterminação humana, a noção de “restrições necessárias” dificilmente foi algo estranho. Em sua manifestação mais radical, incorporada na ideia de emancipação e transcendência, a apoteose da liberdade humana era uma regra complementada pela preocupação com os limites que precisavam ser impostos às ações dos protagonistas (p. 9).

Em todos os modelos de cuidado que analisamos, mesmo no modelo das práticas não biomédicas, a maior parte das interações entre aqueles que realizam e os que recebem a ação de cuidado é assimétrica. Xamãs, asclepiades, padres, médicos, preventivistas, terapeutas holísticos, profissionais que baseiam suas práticas em evidências e outros, todos, com maior ou menor influência, performam a autoridade moral. Aqueles com acesso às divindades e aqueles com acesso aos conhecimentos científicos reproduzem assimetrias e mantêm os poderes estabelecidos com

“impedimentos” dos experientes aos seus próprios corpos. De outra maneira, eles operam como intermediários entre o corpo do experiente e sua experiência, com a estrutura de um conhecimento esotérico, obtido por meio de iniciação e treinamentos específicos. Desse ponto de vista, pouca coisa mudou ao longo de centenas de anos nas relações dos diferentes modelos de cuidado analisados.

A autoridade moral dos profissionais de cada modelo de cuidado garantiu-lhes quase absoluta incontestabilidade, pois suas práticas são vistas como transcendências que emanam de pessoas dignas e acima de toda e qualquer suspeita. Em muitas situações, a autoridade moral também se transforma em autoridade legal, e as práticas antes orientadas para o cuidado e restabelecimento tornam-se práticas prescritivas. Faz-se, assim, possível para os profissionais da saúde a construção do diagnóstico (que é sempre uma classificação dos sintomas e sinais dentro de um horizonte de conhecimento contextualizado, específico e limitado), a proposição de uma intervenção (na forma de diferentes terapêuticas também específicas e limitadas à matriz de conhecimento do profissional) e a prescrição (relacionada ao comportamento biológico, psicológico, ético e moral do indivíduo no grupo em que está inserido). As ações de cuidado, apoiadas em bases morais e legais, foram e continuam sendo utilizadas para justificar constrangimentos, perseguições e toda forma de violência de gênero, etnicidade e classe social, em diferentes contextos socio-históricos.

Observa-se que as ações cuidadoras, embora orientadas para as questões de saúde–doença–cuidado, extravasam essas dimensões e operam nas relações políticas, econômicas e culturais das diferentes sociedades. Profissionais de saúde juntam-se, nessa medida, aos profissionais da educação, profissionais das forças de segurança pública e profissionais de outras instituições formais da sociedade civil e do Estado para “manter a ordem”. O que quase regularmente significa manter experientes com baixa autoridade interna e os agentes das diferentes instituições com elevada autoridade interna e externa.

A crença nos mitos, nos deuses ou no conhecimento científico continua sendo crença. A obediência às prescrições dos xamãs, dos religiosos ou dos cientistas continua sendo obediência. O desafio da emancipação individual nas relações assimétricas da saúde, da educação e da segurança pública continua sendo um desafio para cada agente. Avançar para além da crença, da obediência, do medo, da vergonha e outros constrangimentos exige certa capacidade individual transgressora, que não é inata, mas que se constrói no emaranhado das experiências de natureza-cultura que nos compõe. Afirmou acertadamente Paulo Freire (1996), no livro *Pedagogia da Autonomia* que não se nasce autônomo, na medida em que a autonomia

é uma condição relacional. Em consequência, a capacidade transgressora, que expande as fronteiras da alienação individual e coletiva, também é relacional e pode ser construída em ações pedagógicas. Assim, ações de cuidado podem ser compreendidas como ações pedagógicas e podem se transformar em ações emancipadoras se derem suporte aos experientes para construir autoconfiança, autoestima e autoridade interna, para a tomada de decisões em relação ao processo de saúde–doença–cuidado.

Para Gigerenzer e Gray (2020), autores ligados ao modelo de cuidado das práticas baseadas em evidências, estamos no “século dos pacientes”. Trata-se de uma terceira revolução no campo da saúde, na medida em que a primeira se desenvolveu com a profissionalização da medicina, o que se pode compreender como a especialização do cuidado (atributo da espécie) em clínica (ação de experts); e a segunda, situada no século XX, enfatizou o poder dos médicos, e também de outros profissionais de saúde, das instituições do campo da saúde e da indústria farmacêutica. Esta segunda revolução produziu ativamente um processo de desinformação e alienação dos experientes, bem como dos próprios profissionais de saúde, tanto que o movimento da prática baseada em evidências tem tentado de alguma maneira suprir de informação os profissionais e experientes desinformados. Para os autores, as relações atuais do campo da saúde, sustentadas nessa segunda revolução, causam, apoiam e lucram com a desinformação de pacientes e profissionais.

Gigerenzer e Gray (2020) acreditam que esta terceira revolução é necessária e, assim como a primeira esteve ligada ao fornecimento de água limpa, a terceira deve trazer informações limpas, para democratizar as relações no campo da saúde. Ainda segundo os autores:

Os cidadãos têm o direito de conhecer os fatos básicos e a responsabilidade de basear suas decisões de assistência médica nas melhores evidências disponíveis. Nossa visão de um sistema de saúde saudável é a de uma democracia em que o conhecimento é distribuído por todos os níveis da sociedade. (...) Uma massa crítica de pacientes informados não resolverá todos os problemas dos cuidados de saúde, mas constituirá o principal fator desencadeante para melhores cuidados. Os pacientes informados farão perguntas que exigem que os [profissionais de saúde] se tornem mais bem informados e ofereçam melhores cuidados. Eles serão capazes de ver através do engano e tentativas de criar expectativas e medos indevidos. O século do paciente requer o financiamento de pesquisas relevantes para os pacientes e não para as patentes. (...) O século do paciente envolverá mais maneiras de transformar o paciente de um problema em uma solução. (...) O século do paciente também envolverá uma mudança na relação [profissional-experiente], de pacientes assustados e ignorantes que

confiam cegamente em seus médicos para a tomada de decisões compartilhada (GIGERENZER; GRAY, 2020, pp. 26-8 tradução nossa).

Sem dúvida, iluminar as experiências com evidências trará mais possibilidades de compreensão para os experientes. Todavia, esta proposta parece mais uma reforma sem mudanças no campo da saúde, pois a estrutura que constrói, mantém e reproduz as assimetrias entre profissionais e experientes não será transformada. Refiro-me à transformação do exercício do poder ou do ato em que o modo de ação cuidadora dos profissionais impõe-se sobre os experientes. Alertou-nos Michel Foucault (1995) que:

Talvez, o objetivo hoje em dia não seja descobrir o que somos, mas recusar o que somos. (...) o problema político, ético, social e filosófico de nossos dias não consiste em tentar liberar o indivíduo do Estado nem das instituições do Estado, porém nos liberarmos tanto do Estado quanto do tipo de individualização que a ele se liga. Temos que promover novas formas de subjetividade através da recusa deste tipo de individualidade que nos foi imposto há vários séculos (p. 239).

Novamente, Paulo Freire foi preciso na proposição de uma pedagogia da autonomia. O princípio ético do profissional deve ser não abrir mão de sua expertise (que reflete uma individualidade criada há vários séculos, como se viu nos modelos de cuidado), mas também de garantir ao experiente a não imposição desse saber (está é a criação necessária de uma nova subjetividade), para que cada um possa, nessa interação, produzir, de acordo com o seu tempo e necessidade, o alargamento das experiências de tomada de decisão e construção de autonomia. Não se trata, portanto, neste “século dos pacientes”, de produzir experientes que façam guerra contra os profissionais, mas sim de construir bases interacionais para que, juntos e de maneira dialógica, construam ações de cuidado emancipadoras.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Ana Paula M.; MALUF Sônia W. “Loucos/as, pacientes, usuários/as, experientes: o estatuto dos sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira”. *Saúde em debate* (online), Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, pp. 273-84, 2017.
- AROUCA, Sérgio. *O dilema preventivista: contribuições para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Unicamp, Campinas, 1975.
- BARROS, Nelson Filice de. *A construção da medicina integrativa: um desafio para o campo da saúde*. 1a. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- BAUMAN, Zygmunt. *Ensaio sobre o conceito de cultura*. Trad. Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

- CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.
- CAPRA, Fritjof. *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix, 1988.
- CARAPINHEIRO, Graça. *Saberes e poderes no hospital: sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Afrontamento, 1998.
- FERGUSON, Marilyn. *A conspiração aquariana: transformações pessoais e sociais nos anos 80*. 10a. ed. Rio de Janeiro: Record; 1995.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.
- FOUACULT, Michel. “O sujeito e poder”. In: DREYFUS, D; RABINOW, P. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- _____. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1988.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- GIGERENZER, Gerd; GRAY, J. A. Muir. “Launching the Century of the Patient”. In: _____; _____ (ed.). *Better Doctors, Better Patients, Better Decisions: Envisioning Healthcare 2020*. Strüngmann Forum Report, v. 6. Cambridge, MA: MIT Press, 2011.
- GUYATT, Gordon et al. “Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine”. *JAMA*, Washington DC, v. 268, n. 17, pp. 2420-5, 1992.
- LAÍN ENTRALGO, Pedro. *Medicina e História*. Madri: Escorial, 1950.
- LAURELL, Ana Cristina. “A saúde-doença como processo social”. In: NUNES, E. D. (org.). *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983, pp. 133-158.
- LONDON, Jack. *Antes de Adão*. Porto Alegre: L&PM Pocket, 2007.
- LOPES, Otacilio C. *A medicina no tempo*. São Paulo: Melhoramentos, 1970.
- LUZ, Madel T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- MINAYO, Maria Cecilia S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec / Abrasco, 1994.
- MONTAL, Alix. *O xamanismo*. São Paulo: Martins Fontes, 1986.
- SANTOS, Boaventura de Souza. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez, 2000.
- SMITH, Richard; RENNIE, Drummond. “Evidence-Based Medicine: An Oral History”. *JAMA*, Washington DC, v. 311, n. 4, pp. 365-7, 2014.
- WEIL, Pierre. *Holística: uma nova visão e abordagem do real*. São Paulo: Palas Atenas, 1990.