

SAÚDE

EM NOVO PARADIGMA

Alternativas ao modelo da Doença

Marcelo Pelizzoli

SAÚDE EM NOVO PARADIGMA

Alternativas ao modelo da Doença

Editora
Universitária  UFPE

RECIFE | 2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

Reitor: Prof. Amaro Henrique Pessoa Lins

Vice-Reitor: Prof. Gilson Edmar Gonçalves e Silva

Diretora da Editora: Prof^a Maria José de Matos Luna

Editora associada à



Associação Brasileira de
Editoras Universitárias

COMISSÃO EDITORIAL

Presidente: Prof^a Maria José de Matos Luna

Titulares: André Luiz de Miranda Martins, Artur Stamford, Christine Paulette Yves Rufino, Elba Lúcia C. de Amorim, Emanuel Souto da Mota Silveira, José Dias dos Santos, José Wellington Rocha Tabosa, Maria do Carmo de Barros Pimentel, Lívia Suassuna, Marcos Gilson Gomes Feitosa, Marlos de Barros Pessoa, Sônia Souza Melo Cavalcanti de Albuquerque.

Suplentes: Alexandre Simão de Freitas, Arnaldo Manoel Pereira Carneiro, Augusto César Pessoa Santiago, Bruno César Machado Galindo, Carlos Alberto Cunha Miranda, Carlos Sandroni, Ivandro da Costa Sales, José Gildo de Lima, Luiz Carlos Miranda, Vera Lúcia Menezes Lima, Zanoni Carvalho da Silva.

Editores Executivos: José Rodrigues de Paiva, Antonio Paulo de Moraes Rezende

Projeto Gráfico e Diagramação | Diogo Cesar

Revisão | Autores

Impressão e Acabamento | EDUFPE

Catálogo na fonte:
Biblioteca Kalina Ligia França da Silva, CRB4-1408

P521s Pelizzoli, Marcelo.
Saúde em novo paradigma : alternativas ao modelo da
doença / Marcelo Pelizzoli. – Recife : Ed. Universitária da UFPE,
2011.

Inclui bibliografias e anexos.
ISBN 978-65-5962-189-7 (online)

1. Saúde pública. 2. Tecnologia médica. 3. Inovações médicas.
4. Doenças – Inovações. 5. Medicina alternativa. I. Título.

362.1

CDD (22.ed.)

UFPE (BC2023-045)

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS. Proibida a reprodução total ou parcial, por qualquer meio ou processo, especialmente por sistemas gráficos, microfilmicos, fotográficos, reprográficos, fonográficos e videográficos. Vedada a memorização e/ou a recuperação total ou parcial em qualquer sistema de processamento de dados e a inclusão de qualquer parte da obra em qualquer programa juscibernético. Essas proibições aplicam-se também às características gráficas da obra e à sua editoração.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
INTRODUÇÃO	15
O fenômeno da saúde - o cuidado à luz da hermenêutica filosófica	17
<i>Jarbas Nunes Marcelo L. Pelizzoli</i>	
A Ciência Médica - um modelo obsoleto ?	63
<i>Alexandros Botsaris</i>	
A Medicina Moderna é uma Ciência ?	109
<i>Vernon coleman</i>	
Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente	119
<i>André Martins Vilar de Carvalho</i>	
Medicina: a renovação de paradigmas e a Antroposofia	135
<i>Wesley Aragão de Moraes</i>	
Estudo comparativo das racionalidades médicas: medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica	151
<i>Madel Luz</i>	
Bases fisiológicas da terapêutica natural e alimentação viva	177
<i>Alberto Peribanez Gonzalez</i>	

SUMÁRIO

A medicina mente e corpo como ampliação da ciência da saúde	197
--	------------

Júlio Antunes Barreto Lins

Reavaliando questões éticas quanto à prescrição médica não-convencional	223
--	------------

Marcio Bontempo

ANEXOS

O estilo de vida e a alimentação como geradores de doença ou de saúde - alerta e recomendações	231
---	------------

APRESENTAÇÃO

Sentidos da saúde integral e natural

No século XX acreditou-se que a modernização tecnológica seria a única base da revolução científica moderna e das mudanças culturais, sociais, éticas e estéticas necessárias ao surgimento de um mundo de bem estar crescentemente satisfatório. Agora, apreciando o impacto das inovações tecnológicas sobre a degradação do meio ambiente, da flora e da fauna e das condições de vida do homem em sociedade, o alerta vermelho do perigo se acende pondo dúvidas sobre os usos da técnica no atual contexto da modernidade. Grupos progressivos de indivíduos começam a se questionar sobre a validade daquela equação simplista que atrelava a melhoria da vida social ao desenvolvimento científico e tecnológico considerado à parte sem conexões com outros fatores culturais. Alguns já começam a perceber que a inovação tecnológica não é a fonte privilegiada da revolução científica e cultural em geral, mas apenas um dos meios como esta revolução foi realizada, sendo mais importante a consideração de outros fatores, como os sonhos e lutas dos modernos na organização de um novo mundo mais livre, mais igualitário, mais criativo e mais esperançoso.

Até anos atrás, certos estudiosos ainda acreditavam que a substituição do paradigma biocartesiano hegemônico nos dois últimos séculos resultaria unicamente de forte mobilização cultural em torno do desenvolvimento tecnológico, impondo uma compreensão mais complexa, com ênfase nas preferências individuais, acerca de temas como saúde, doença, vida, morte e imortalidade. A título de exemplo, não custa lembrar a quantidade de livros publicados nas décadas passadas exaltando um novo paradigma científico mais holístico e complexo, assentando seus argumentos em exemplos variados que enfatizavam as inovações tecnológicas. Um dos

exemplos clássicos citados por certos autores foi o da “medicina quântica”, cujo advento era interpretado como a prova insofismável de uma revolução científica com efeitos importantes nos níveis de qualidade de vida e de melhoria das condições de saúde dos pacientes, sendo prova contundente da superação do modelo mecânico tradicional. Acreditava-se que a renovação epistemológica gerada a partir das descobertas do mundo subatômico iria provocar uma virada moral irreversível nos laboratórios, nas universidades, nas organizações, no poder político e no cotidiano, em geral. Que a leitura do mundo a partir de sincronidades, paradoxos e incertezas e a relativização do valor das leis causais na organização dos fenômenos físicos, químicos, biológicos e culturais promoveria uma explosão de idéias e atitudes... para melhor.

Hoje, portanto, ao se analisar o modo como esta medicina quântica foi assimilada no campo da medicina e da saúde não podemos concluir que a inovação epistemológica a partir das revoluções quânticas e moleculares tenha produzido, de fato, um mundo melhor e mais acolhedor. Ao contrário, tanto a agressividade do movimento atual de investimentos econômicos e financeiros na saúde pelo setor privado como a atração hipnótica dos indivíduos pela cultura do consumo nos levam a duvidar da relação simples entre desenvolvimento tecnológico e melhoria da qualidade de vida. Por conseguinte, acompanhando as peripécias do capitalismo médico especulativo na saúde e tendo em mira exemplos concretos – como as resistências dos laboratórios multinacionais de baratarem os custos de medicamentos antivirais para pessoas infectadas pelo vírus da AIDS em regiões pobres como aquelas da África - não somos mais tomados de tanto entusiasmo cientificista com em anos passados. Pois a realidade demonstra que inovações promissoras em medicina avançada se tornaram modelos de vitrine de um capitalismo médico privado e especulativo e que tem um caráter claramente desumanizante. Especificamente no campo da saúde, tal desumanização se revela em duas direções: de uma parte, no modo como reduz o tempo real dos cuidados prestados pelo profissional ao paciente com vistas à maximização da relação tempo x dinheiro, de outra, na redefinição problemática dos critérios de investimento científico.

Neste sentido, pesquisas confiáveis de órgãos internacionais demonstraram que os investimentos para pesquisa em medicina de superfície como cirurgias plásticas e estéticas foram muito mais significativos do ponto de vista financeiro nos últimos anos, que aqueles voltados para a descoberta de medicamentos para combate de epidemias em regiões empobrecidas. Pois se os mais ricos podem pagar mais pelas inovações tecnológicas - como são os casos de cirurgias de rejuvenescimento -, os laboratórios científicos, naturalmente, em grande parte submetidos aos interesses privados, tendem a priorizar este tipo de público em detrimento da maioria pobre que não produz o retorno financeiro pretendido. Ou seja, o capitalismo especulativo descobriu que a área da saúde é das mais promissoras em termos de retorno material e financeiro de curto prazo, como o prova a expansão das indústrias de equipamentos, de medicamentos, de serviços hospitalares, de exames e de seguros-saúde. E, para isso, buscou bombardear a *medicina social* com vistas a privatizar e se apropriar de recursos públicos escassos e voltados para o atendimento universal das populações pobres. As tentativas do setor médico privado de se apropriar de fatias crescentes dos recursos do SUS (Sistema Único de Saúde) no Brasil, nos últimos dez anos, são a prova do que estamos afirmando.

O fato é que a despolitização do debate sobre as mudanças de paradigmas na saúde contribuiu para que o campo fosse invadido por um paradigma oriundo do setor mercantil, o utilitarista, que descobriu que morte e doença encerram boas razões práticas para se ganhar dinheiro em abundância e sem limites. Este utilitarismo supõe que todos os seres humanos são naturalmente egoístas e que todas as pessoas estão permanentemente calculando ganhos e perdas, mesmo que isto signifique prejuízos materiais e morais para terceiros. A penetração deste paradigma utilitarista no campo da saúde e da medicina foi sutil, tendo ele se aproveitado da tradicional divisão técnica do corpo humano que informa a concepção simplificadora e compartimentada do paradigma biocartesiano, a saber, as especialidades médicas fundadas na concepção do corpo humano como formado por objetos separados e, logo, passíveis de serem manipulados à parte, para ancorar novas modalidades de acumulação do capitalismo na sua fase especulativa e desumanizante. As especialidades

tradicionais foram crescentemente submetidas a processos de “parcelização”, havendo a paralela desvalorização do médico clínico generalista que, em geral, e até os anos oitenta, era a porta de entrada na organização do método alopático. O médico generalista, que prescrevia seus pareceres a partir de uma significativa experiência com a doença e com as histórias de vida dos pacientes, foi substituído progressivamente pelos pareceres das máquinas computadorizadas, das imagens obtidas por ultra-som, levando-se a um esquecimento perigoso da condição humana do paciente para se valorizar o paciente-cliente. As histórias pessoais, as memórias de família, os hábitos alimentares e de higiene e todo o contexto sócio-cultural dos indivíduos, foram crescentemente abandonados em favor do culto ao robô econômico-cibernético, à técnica que se exercita não a partir da reflexividade científica comprometida com a ética e o humanismo mas com interesses produtivistas e egoístas.

Este processo, que ganhou corpo há duas décadas, resultou no incremento de novas especializações, na medida em que a fragmentação da prática médica a partir de número crescente de especialistas responde a dois objetivos imediatos: um de ordem material, na medida em que cada nova especialidade permite o surgimento de novas indústrias, de novos especialistas de novos planos e de novos exames. Outro de ordem política e moral, pois tal fragmentação desfaz o tradicional espírito corporativista dos profissionais da saúde, o qual tinha um aspecto positivo, a presença de um “*esprit de corps*” e o zelo coletivo pela dignidade da bata. Por conseguinte, a perda de solidariedades entre os profissionais resultou no incremento de uma competição desenfreada levando à submissão crescente dos profissionais da saúde, sobretudo do setor médico, aos interesses mesquinhos das indústrias de medicamento, de equipamentos e de hospitais. Problema que Ivan Illich detectou genialmente de forma pioneira anos atrás, no seu livro *Nêmesis*.

Estas digressões sobre a expansão do paradigma utilitarista no campo da saúde e da medicina não significam que as inovações tecnológicas de ponta, como aquela da medicina quântica, aqui tomada como um exemplo para se proceder a crítica do positivismo científico na saúde, seja um equívoco. Não há como negar, os grandes benefícios que as inovações

recentes têm proporcionado a inúmeras pessoas permitindo diagnósticos precisos e antecipados ou cirurgias minuciosas que uma mão humana não poderia conduzir. A crítica não passa por aí, mas pelo fato de se considerar a modernização científica e tecnológica de per si sem a devida consideração dos fatores éticos, naturalistas, culturais e políticos que norteiam tais inovações, como também o enfatizam nesta coletânea a socióloga da saúde Madel Luz e o filósofo e bioeticista Marcelo Pelizzoli. Como se a ciência pudesse se expandir fora do jogo social e das tramas de interesses em torno do poder, e que portasse no seu bojo as sementes para a passagem a um nível ético superior sem considerar as pessoas que fazem a ciência, que decidem as políticas, que implementam os programas e que cuidam de outras pessoas.

Nossas pesquisas sobre o assunto demonstraram que a busca pelas terapias pós-convencionais não se explica apenas pelas limitações da medicina alopática e do método anátomo-clínico mas, sobretudo, pela perspectiva do acolhimento humano, pela recepção amorosa e fraterna pelo olhar, pela consideração do tempo do cuidar como sendo mais importante que o tempo do curar. Não obstante, corre-se o risco de vermos surgir uma crescente onda de descrédito em torno das terapias pós-convencionais nascidas no bojo do novo paradigma na saúde no momento em que se mistura humanismo e utilitarismo mercadológico. Para se clarear tais confusões sociológicas, é necessário lembrar que elas não são recentes, estando plantadas na origem do pensamento pós-convencional na saúde. Lembremos que este surgiu de atitudes críticas como os movimentos de contra-cultura na Califórnia nos anos sessenta, quando se procurava modelar uma relação estreita entre saúde e espiritualidade. Acreditava-se que a crítica culturalista à sociedade de consumo – em particular aquela da sociedade norte-americana onde o movimento *New Age* teve maior expansão –, bastaria para este rompimento paradigmático. Na prática, porém, ao desconsiderarem as implicações políticas e éticas de toda experiência em saúde que objetive a integralidade, eles exageraram o valor técnico e estético das reações contraculturais a favor de uma cultura corporal, psicológica e emocional mais libertária. Porém, a realidade o prova, que isto não bastou para assegurar, de fato, o sucesso do novo paradigma da complexidade na saúde.

A confusão acima lembrada, entre utilitarismo e humanismo, é prova deste viés intelectual que desprezou desde sempre as implicações bioéticas e políticas da revolução científica contemporânea para mistificar a inovação tecnológica como fato fundador da Nova Era, esquecendo-se que tais inovações são meios e não fins em si mesmas. O movimento *New Age* - largamente inspirado pelo movimento californiano e pelo diálogo Ocidente e Oriente - refletiu o surgimento de novas práticas culturais e terapêuticas mais livres, por um lado, porém, mais estreitas, por outro, na medida em que contribuiu largamente para se esvaziar o caráter ético e político das novas medidas e inovações nas práticas dos cuidados corporais, mentais, emocionais e espirituais. Deste modo, se esta renovação do liberalismo contribuiu inegavelmente para incrementar o individualismo contemporâneo e os anseios libertários individuais, sobretudo das “classes médias”, é de se precisar que isto ocorreu às custas de um certo esquecimento do social, da política e da ética. Esta é a razão que levou Ken Wilber a definir a geração de norte-americanos desta época que ele apelida de “*boomer*” – referindo-se aos *baby boomers*, que nasceram no pós-guerra nos Estados Unidos - como a geração mais narcisista de todos os tempos e que estaria contaminando a evolução humana com uma infecção social chamada “*boomerite*”. *Boomerite* é para ele uma patologia ou disfunção do desenvolvimento individual marcada pela força do narcisismo e do egocentrismo¹. O alerta de Wilber é importante quando consideramos ser ele, hoje, um dos portadores da bandeira de um novo paradigma da complexidade que seja integral, e também de uma “saúde integral” que considere igualmente os aspectos subjetivos e objetivos da realidade humana.

Toda esta discussão, enfim, visa chamar a atenção sobre o valor desta coletânea para se avançar, de fato, na discussão das condições gerais – técnicas, mas, igualmente, culturais, políticas, sociais e bioéticas – de um novo paradigma na saúde que ressignifique o tema do natural. Há que se contornar os simplismos e sectarismos que, em tempos anteriores e também atuais, têm prejudicado tanto o desenvolvimento de um debate humanista a respeito do surgimento de um novo paradigma na saúde como o exercício

1 Wilber, K. *Uma teoria de tudo: uma visão integral para os negócios, a política, a ciência e a espiritualidade*, São Paulo, Cultrix, 2007.

de práticas de saúde efetivamente mais solidárias e dadas. A seleção de textos e de autores reflete este cuidado de *Marcelo Pelizzoli*, autor sabidamente comprometido com uma revolução científica pós-convencional que seja humanista e complexa, e organizador da coletânea, de propor uma reflexão conjunta e interdisciplinar sobre os condicionantes da relação saúde-doença e que permite ao leitor fazer uma apreciação integrada de vários aspectos do debate. Trata-se, assim, de uma leitura indispensável para todos os que desejam atualizar suas crenças sobre a vida, a ciência e a saúde e que buscam identificar parceiros de idéias que contribuam para reforçar o entendimento do novo paradigma, não como mera inovação tecnológica, mas como processo complexo e integrado, técnico, cultural, político e biossocial.

*Paulo Henrique Martins*²

2 Prof. Titular da UFPE. Autor da conhecida obra *Contra a desumanização da medicina*, Ed. Vozes.

INTRODUÇÃO

As idéias e práticas que aqui apresentamos decorrem de uma caminhada multifacetada e em construção, na busca teórica e prática do lidar com a saúde-doença, que no fundo é o lidar com o próprio (des)equilíbrio e manutenção da vida. Não obstante, o que trazemos é fruto de estudos que amadurecem cada vez mais, reflexões e experiências reais que nos fazem questionar profundamente a visão de doença, e a trazer para a cena médica algumas práticas tanto milenares quanto integrativas (contemporâneas), que representam grande parte da solução buscada neste campo, mas ainda pouco contemplada.

Nós, os autores, atuando efetivamente com a saúde e a dor das pessoas, não podemos mais nos calar diante da calamidade pública que se instaurou na Saúde, apesar de todo avanço técnico em medicina, seja em diagnósticos, seja em intervenções cirúrgicas ou no uso de novas drogas. Por isso, propomos nesta obra mostrar algumas falhas básicas na área, e investigar algo do seu paradigma, o padrão ou prisma de conhecimento e sua validação - que sustenta os procedimentos adotados e aceitos hoje na Saúde. Por que um procedimento e um modo de abordagem da doença (saúde) e então do paciente (pessoa) é eleito, validado, e torna-se imperante a ponto de fechar as portas para os outros, anteriores, ou mesmo novos modos com diferentes visões (paradigmas) ?

Chamamos a atenção do leitor para o fio que conduz esta obra a 10 mãos. Mesmo que a maioria dos autores tenham recebido formação convencional na área, todos reconhecem aspectos de outras terapêuticas e práticas, estando assim - devido ao seu trabalho e forma de pensar - dentro de novos paradigmas, no aspecto integrativo da saúde. Este é um dos fatores que unem as argumentações. Por conseguinte, o leitor perceberá que esta obra se estrutura em dois vetores de argumentação: crítica (onde entram

ciência e ética) e propositiva (o que podemos fazer), que se acoplam a duas motivações: teórica e prática. Na ordem dos textos, são dois os momentos básicos. O primeiro (nos quatro capítulos iniciais) centra-se na carga crítica à precariedade dos fundamentos que sustentam certa visão de mundo e práticas em saúde, ou seja, a desconstrução do paradigma dominante (que podemos chamar também de *cartesiano*³); isso gera a abertura de caminhos para outros paradigmas, que unem o antigo (tradicional) e o novo (integrativo).

Esta obra que ora apresentamos, conscientemente crítica, não quer invalidar certos avanços da medicina convencional, e reconhece sua força, principalmente na questão dos diagnósticos, da pesquisa, de equipamentos, de intervenções de urgência, ou seja, de soluções tecnológicas. Contudo, não fecha os olhos para as gritantes falhas, tanto epistemológicas (científicas) quanto de resultados efetivos (temos hoje uma imensidão de doentes crônicos, qualidade de vida altamente comprometida apesar de vivermos um pouco mais), e, fundamentalmente, *interesses* escusos do poder e das indústrias farmacêutica e hospitalar na medida em que se mantém tal situação. Quando se fala em doença, estamos falando em cifras da ordem de centenas de bilhões de dólares anuais⁴.

Mas, acima de tudo, em *Saúde em novo paradigma*, fundamentalmente, trata-se do paradigma *integrativo* e natural, que busca ir à raiz dos males, numa reflexão lúcida. Acreditamos que muito das soluções estão em nossas mãos, em pequenas medidas, em saberes que já acumulamos há tempos, em olhares profundos e ampliados, e na força de vontade que se traduz em ações diárias e institucionais; mas isso, sabemos bem, funciona apenas com motivação correta, ética e afetiva, constituindo a vocação do *cuidado* como centro e sentido maior da vida familiar e coletiva. Ao final, o leitor encontrará muitas recomendações práticas em saúde, além de sítios da *internet* e livros que dão continuidade aos argumentos e propostas inovadoras que aqui promovemos.

3 Nessa linha, cf. as obras de Pelizzoli, Marcelo. Ed. Vozes.

4 Nesse sentido, recomendamos assistir o revelador filme *Sicko – SOS Saúde*, de Michel Moore. Bem como ler as obras de José Augusto Barros, como *Políticas farmacêuticas: a serviço dos interesses da Saúde?* Apenas no ano de 2004, com publicidade, a indústria gastou cerca de 57 bilhões de dólares, apenas nos EUA. Estima-se que o faturamento anual das farmacêuticas no Brasil esteja acima de 20 bilhões de reais.

O fenômeno da saúde - o cuidado à luz da hermenêutica filosófica

Jarbas Nunes⁵

Marcelo L. Pelizzoli⁶

Introdução

O surgimento de novas propostas e novos modelos no campo da saúde constitui o cenário no qual o olhar profundo e interpretativo da hermenêutica filosófica vem a inserir-se, para contribuir com a crítica epistemológica (modelo de validação científica), política (relações e poderes) e ética (ethos e ações), ou seja, atuando num tripé revelador e básico de toda prática de conhecimento. Ao se ampliar o objeto *saúde* para além do mundo das enfermidades objetivadas, pretende-se dirigir o olhar para os indivíduos e coletivos, seus ambientes e contextos, dimensões integradas: biológica, social, política, psíquica, econômica, simbólica e espiritual. O novo foco sobre a saúde está diretamente relacionado com a constatação que saúde e doença estão intimamente ligadas aos modos pelos quais as pessoas se relacionam consigo mesmas, umas com as outras e com suas respectivas qualidades de vida. A idéia de que o processo saúde-doença é engendrado socialmente dá à saúde um caráter histórico, político, significativo e singular, demandando

5 Biomédico. Mestre em Saúde Coletiva, sanitarista e assessor em saúde. jarbasnunes@yahoo.com.br

6 Professor do Doutorado em Filosofia, do ME em Gestão e Políticas Ambientais e do ME em Saúde Coletiva (UFPE); coordenação da Especialização em Bioética, Sociedade e Saúde (UFPE). Coordenador do Laboratório de Filosofia e do Café Filosófico, bem como apresentador do Programa *Realidades*, nas Rádios Universitárias AM e FM de Recife. Escritor, ecólogo e sempre estudante da Vida. opelicano@ig.com.br

dos poderes públicos e da sociedade mudanças profundas nos modos de produção do *cuidado*.

Por conseguinte, a questão levantada aqui centra-se nos obstáculos da abordagem da saúde marcada pelo *cartesianismo* e suas práticas convencionais (presentes nas relações entre profissionais de saúde e pacientes mediados pela tecnologia, dentro da racionalidade tecnocêntrica)⁷. Portanto, nossa hipótese é que mediante aportes ético-filosóficos fundados na hermenêutica filosófica (Gadamer em especial, mas também Heidegger, Foucault, Hans Jonas e outros), podemos apontar outro(s) paradigma(s) para pensar a *saúde como cuidado* integrativo, que parte de um movimento compreensivo da vida e que retoma as potências e possibilidades do humano. Entretanto, alertamos que esta crítica é menos uma tentativa de minar completamente o modelo biomédico do que a tentativa de refletir criticamente sobre seus limites para ampliar horizontes e apostar em novas possibilidades. Admitir limitações em qualquer perspectiva científica/epistemológica que tente produzir conhecimento válido nos leva a compreender a natureza histórica, ambígua e finita da verdade, convidando ao esforço de abertura e diálogo com outros olhares e práticas, pois a proclamação de uma verdade sempre implica um esquecimento, abandono ou velamento de outra. Tomando aqui a perspectiva da hermenêutica filosófica enquanto lente, pretendemos dimensionar algo do que ficou na sombra, não dito, ao redor do fenômeno humano do cuidado, a partir da ênfase no modelo biomédico marcadamente reducionista (cartesiano).

Primeiramente, é necessário trazer elementos para entender como se constitui o ponto fundamental dessa crítica, que se concentra na “*incapacidade* para o diálogo e para a abertura” presente no modelo médico – quando esse é fundado na hegemonia de produtor e normatizador de “verdades” sobre os processos de adoecimento e saúde nas populações humanas. A constatação dessa incapacidade é de extrema importância na missão de apontar e de trazer perspectivas acerca de saberes e práticas em saúde que, inspirada na

7 Cf. Pelizzoli, 2007. Sobre cartesianismo, cf. Pelizzoli 2003, 2007 e 2010. Não se trata da filosofia de Descartes em si, mas de um modelo de validação de procedimentos pela ciência vinda da modernidade. É mais um modo de abordagem e de visão do que uma teoria; como uma grande matriz paradigmática dominante.

interpretação pautada no diálogo e na abertura às experiências das tradições, possa questionar e contribuir na renovação da Saúde.

Nessa empreitada, antes de mais nada, faz-se necessário perceber a própria existência do modelo biomédico ancorado numa racionalidade produtora de institucionalização de práticas e mobilização de desejos, saberes e poderes dentro da matriz a ser problematizada (cartesiana). A chamada medicina oficial precisa ser constantemente ressignificada pelos sujeitos e coletivos, apropriada junto a tantos outros saberes e práticas sobre o adoecimento que co-existem no seio das mais diversas comunidades humanas (BOLTANSKI, 2004).

Nesse sentido, ao se apontar seus elementos constitutivos, é menos a ousadia de delimitar um objeto apreensível que a tentativa didática de compreender o *modus* pelo qual a “modernidade científica” busca estruturar seus saberes e práticas de intervir sobre a pessoa dita doente. Com isso, afirmamos que o que se chama hoje de modelo biomédico é um *modus* singular de conhecimento e de prática em torno do fenômeno “doença” ligado a um modo de validar o conhecimento e ao Estado moderno. O modelo biomédico é atrelado ao processo histórico pelo qual o paradigma cartesiano se construiu como validação do modelo hegemônico da racionalidade ordenadora do mundo, como também do processo pelo qual o Estado moderno investe institucionalmente sobre o corpo individual e coletivo (FOUCAULT, 2004). Assim, não se pode perder de vista o processo de surgimento da modernidade enquanto racionalidade determinadora, permeando instituições e desejos, para compreender a vinculação do modelo biomédico e o modo pelo qual o seu discurso se sustenta enquanto produtor de verdades sobre o corpo. Trata-se aqui de uma nítida relação entre dimensão científica (epistêmica) e dimensão política. A lente hermenêutica se mostrará extremamente útil para perceber o *pano de fundo* do que aqui está em jogo.

Sombras da medicina moderna

O que chamamos *medicina moderna* deve ser entendida de forma geral, não restrita à profissão médica (esta comumente formada por alopatas ou cirurgiões), mas também em suas diversas especialidades e profissões, constituindo o setor Saúde ou medicina oficial, mesmo que não se negue a dominância do médico na vida prática de grande parte dos serviços de saúde, observada na condição maior ou menor de tutor de outras profissões pelo médico, ou mesmo nos melhores salários, ou no chamado *status* social que possui. Nesse sentido, investimos num recorte à luz de autores que tematizam a medicina moderna, ou o chamado modelo biomédico, delimitando-a em torno de certas singularidades que a tornam passível de análise e crítica, mas sem perder de vista sua dinâmica e contínua transformação enquanto atividade histórica e contextual; assim, não se cai na armadilha de entendê-la como algo dado, unívoco e objetificável.

Dessa forma, primeiramente, entendemos que a medicina moderna, em seu processo de surgimento, não apenas se constituiu dentro do olhar cartesiano sobre o adoecimento mas, também, como estruturante da própria modernidade, na medida em que, através de um ideal de normalidade, produziu inferências sociais na busca de um corpo coletivo adaptável, ao fazer-se presente cada vez mais na vida cotidiana (FOUCAULT, 2004). Através do imaginário construído na busca da produção de indivíduos funcionais, a medicina vai se constituindo como instrumento na produção de uma sociedade organizada, não no sentido de harmonia da *physis* ou do *cosmos* grego mas, sobretudo, perfeita como uma máquina articulada e controlável. E essa construção só é possível no reforço da objetificação da doença, afastando-se cada vez mais da pessoa doente, como bem podemos ver no desenvolvimento da anatomia patológica (cf. LUZ, 2004).

A anatomia patológica produz um grande impacto na racionalidade do adoecimento, no qual a doença deixa gradativamente de ser um apanhado rebuscado de sintomas, sinais e queixas de pacientes, para adquirir estrutura ontológica (como essência fixada) no desenvolvimento de uma nosografia de enfermidades. A doença não mais se revela diluída no próprio processo de

seu surgimento, mais agora está concentrada num *locus*, presa a um órgão doente, uma peça defeituosa que precisa ser consertada para que a máquina volte ao seu funcionamento normal. O corpo é sede para ocupação da doença, estranha à normalidade da vida, constituindo o discurso de interiorização do mal através de categorias como contaminação e contágio, que surgem com a descoberta dos microrganismos patogênicos (LAPLANTINE, 2004). Aqui ocorre a cisão entre o doente e a doença, e esta ganha o estatuto de unidade ontológica, isolada, de entidade mórbida, de mal a ser expurgado, de dor a ser retirada, ganhando identidade passível de descrição e classificação, ao se transformar a doença num conjunto de objetividades fechadas. Ao mesmo tempo a doença é vista como um mal externo ao sujeito, e que deve ser combatida como quem dizima “pragas” ambientais.

Esse processo, que produziu a passagem de uma medicina da arte de curar para uma disciplina das doenças, apoiada na anatomia patológica, é produto do desenvolvimento de três disciplinas básicas: a anatomia, a patologia e a fisiologia, pretensamente elucidando a verdade sobre o corpo, desnudando sua estrutura, a função de suas partes articuladas e a disfunção produzida pela morbidade; nesse cenário, o mecanicismo é o traço constitutivo de sua racionalidade. O imaginário do corpo humano como autômato ganha reforço com o desenvolvimento de próteses ortopédicas e da cirurgia de guerra, fazendo da medicina também uma espécie de engenharia do corpo, o que evoluirá para a engenharia celular e bioquímica a partir do Século XX (LUZ, 2004).

A praxe terapêutica fundada na cirurgia e na alopatia faz da medicina uma prática essencialmente de intervenção invasiva sobre o corpo, ou através da retirada ou correção cirúrgica, ou através da ação medicamentosa, que “matará” a doença, aliviará a dor, cessará o sintoma, ou corrigirá a disfunção, seja ela hiperfunção ou hipofunção. O que penetrou terá que sair ou morrer, o que surgiu ou está defeituoso terá que ser retirado, o que está demais precisa diminuir, o que está pouco precisa aumentar, fazendo da cura um jogo de regulação entre qualidades/quantidades dicotômicas. Ao mesmo tempo gera-se a crença apoiada na pretensa certeza cartesiana de que o grau de segurança dos procedimentos é alto, e de que há de fato a

ciência supostamente verdadeira e apodítica sobre o que ocorre com o corpo e até com a mente humana. Mas na verdade, o grau de incerteza é imenso, como o demonstram os fatos: alto índice de mortes devido à intervenções médico-hospitalares; instabilidade nos resultados; doenças recidivas, aumento vertiginoso de doentes crônicos; mascaramento de sintomas; efeitos colaterais e de complexidade, precariedade da saúde em meio ao combate tecnocêntrico às doenças etc.⁸

Tanto no desenvolvimento do modelo explicativo sobre o corpo, como também na prática terapêutica, duas categorias são fundamentais para entender como se constitui a racionalidade do modelo biomédico: As categorias “Normal e Patológico”, muito bem debatidas na obra de Canguilhem (2006). Destaca-se, na história deste modelo, a importância dos estudos de Bichat, Braussais, Comte e Bernard para a estruturação do discurso sobre essas duas categorias opostas e ao mesmo tempo reveladoras da verdade uma da outra. Tanto o normal torna-se substrato para definir o que é patológico, como o patológico o é para definir o que é normal. O normal e o patológico enquanto categorias objetivas e positivas se concebem aqui em função de qualidades verificáveis e da quantificação destas, fazendo da normalidade regras e medidas a cumprir, e da anormalidade o desvio dessas medidas e regras, fazendo do modelo explicativo do normal e do patológico uma função quantificável. Cada vez mais, o normal será concebido enquanto média, como função da proximidade à reta central da curva gaussiana, ganhando protagonismo no discurso explicativo do fenômeno vital, discurso esse de universalização e de verdade paradoxalmente redutora. Trazendo um exemplo: muitos começaram a pensar que a loucura é mensurável, algo físico e matemático.

Esse modelo de racionalidade sobre o adoecimento e a normalidade não ficará recluso na dimensão individual do corpo, mas terá grande peso para explicar a sociedade como conjunto de corpos e, mais do que isto, como corpo

8 Os dados sobre o alcance deletério da prática médica alopático-hospitalar são alarmantes. Cf. Tenner, 1997; Coleman 2000; Botsaris 2001. Os efeitos iatrogênicos, erros médicos etc. são a quinta maior causa de morte nos EUA. Há uma epidemia de câncer, a ponto de uma em cada 7 pessoas nos EUA terá algum tipo de tumor durante sua vida. Cf. Servan-Schreiber 2004 e 2007, e as obras de Samuel Epstein (<http://www.preventcancer.com/about/epstein.htm>)

coletivo. Normal e patológico acabam ganhando a sociologia, primeiro em A. Comte, e principalmente em E. Durkheim, produzindo uma fisiologia e uma patologia da sociedade. Assim como o corpo, a sociedade também seria passível de intervenção e terapêutica para a produção de coletivos saudáveis, transformando cada vez mais a medicina em ferramenta para se pensar e agir na busca de uma sociedade ordenada, positivista, ou “perfeita e harmônica” (LUZ, 2004). A idéia de causalidade determinada ou linear, tão presente nos modelos explicativos sobre o surgimento dos processos mórbidos, ganha a dimensão social na qual comportamentos, modos de vida, relação entre os indivíduos, costumes, acesso a bens - ao lado dos elementos biomecânicos - são postos enquanto produtores de adoecimento, fundando em meados do século XVIII o que se chamará medicina social.

A *medicina social* produziu um discurso (e uma prática) interventora sobre a sociedade que além de possuir cunho reformista, em muitas situações apresentava teor moralizante sobre as relações sociais, principalmente com o surgimento no século XX do conceito de “hábitos de risco”. A doença seria produto do modo particular de como o indivíduo ou grupos de indivíduos particulares vivem, havendo a necessidade da reorientação desses hábitos através de ações de intervenção, seja de natureza educativa, punitiva ou corretiva (ORTEGA, 2004). A inferência da medicina moderna, do corpo individual para a sociedade, ocorreu sob a tutela do Estado, sendo a história da própria medicina moderna atrelada à constituição do Estado moderno enquanto mecanismo dominante de coesão social, de forma que, compreender a constituição da medicina moderna é entender sua vinculação com este (FOUCAULT, 2004). As estratégias sob as quais o Estado, junto à medicina, investiu sobre o corpo, através de um discurso normatizador sobre os modos de vida, produziram formas sutis de biopolíticas disciplinares, fazendo com que houvesse uma estatização do biológico, na medida em que nada é mais concreto na vida dos sujeitos que o corpo, e é por meio dele que se efetivam formas eficazes de poder sobre a sociedade. A possibilidade de controle sobre os processos vitais que a medicina prometia fez dela peça fundamental no discurso sobre o “dever ser” da sociedade.

O que Illich (1975) chamou de *medicalização da sociedade* seria esse processo de colonização da vida pelas estratégias de controle que a medicina moderna trouxe, colocando em xeque inclusive os próprios fenômenos naturais ligados à vida, gerando uma desconfiança do natural. O poder da vida é gradativamente, no processo de legitimação da medicina entre a sociedade, substituída pelo poder sobre a vida, aumentando a artificialidade dos processos vitais. A legitimação da medicina moderna ancora-se fundamentalmente no desenvolvimento tecnológico aliado às promessas da produção de uma sociedade saudável, sem sofrimento, uma analgesia da vida, que desde as possibilidades geradas pelo advento dos antibióticos e das vacinas (que na época se anunciavam como o fim das doenças infecciosas), evolui até a presente engenharia genética, que é colocada como “a nova panacéia, para todos os males”. Analgésicos efetivos contra dor, partos cesáreos assistidos, antidepressivos para o sofrimento da alma, inseminações artificiais, cirurgias plásticas, somados às promessas da genética de correções de defeitos e morbidades ainda no ventre da mãe, e de produção de seres humanos “perfeitos” fizeram a medicina construir um imaginário de um espaço de possibilidades de controle, infiltrando-se na vida cotidiana e ressignificando-a. O alerta bioético surge exatamente nesse contexto, em tempos de progresso tecnológico e suas ameaças, crises do desenvolvimento e da saúde humana e planetária (PELIZZOLI, 2007).

Contudo, apesar de ser a medicina moderna hegemônica na produção de cuidado, principalmente a partir da segunda metade do século XX, o modelo biomédico sofre grandes críticas de pensadores e movimentos ligados ao setor saúde, criando-se um mal estar e uma crise de legitimidade junto a alguns setores da sociedade (SCHRAIBER, 1997). Essa crise está ligada tanto aos problemas políticos e éticos ligados às práticas interventoras sobre o “mundo da vida” humano e natural, como também aos limites epistêmicos do modelo biomédico que, com sua prática tecnificante e objetificadora, se mostrou incapaz de dar conta de um objeto tão complexo e misterioso como é o fenômeno do adoecer e do viver. Não questionamos aqui a importância de suas teorias ou a efetividade de sua prática, mas o reducionismo das mesmas e o perigo que disso advém.

O saber médico oficial, sob a tutela da ciência moderna (na ênfase positivista, experimental e quantificadora) e do Estado, não foi e não é o único saber em relação ao cuidado (BOLTANSKI, 2004). Como foi dito, esse saber dominante se valeu de diversos mecanismos e estratégias usados contra os saberes ditos empíricos e “leigos”, na construção de sua legitimidade perante a sociedade. A história da medicina é também a história de luta contra os saberes não oficiais, uma busca para o fortalecimento da autoridade do médico e do monopólio da medicina no cuidado com o corpo, ampliando cada vez mais o campo de intervenção médica. A medicina se efetivou através da expropriação do cuidado e da verdade sobre a doença do lugar onde ela surge, no seio da família e da comunidade, para apenas revelar-se (a verdade sobre a doença) através do olhar médico, ou do ambiente hospitalar ou da tecnocracia do laboratório (FOUCAULT, 2004).

A dimensão simbólica, espiritual e significativa do fenômeno do adoecimento, presente na vida cotidiana e principalmente em comunidades tradicionais, não é levada normalmente em consideração pela medicina moderna (ou apenas em condições objetiváveis), reduzindo a doença à mecânica biológica dos órgãos. A medicina moderna, no uso de estratégias de deslegitimação de outras formas de saberes e práticas (ditas leigas) de produção de cuidado e através da produção de discursos de verdades reducionistas, vinha fechando-se para as possibilidades do diálogo, limitando o desenvolvimento de um olhar ampliado sobre o seu objeto.

O próprio processo de cisão entre o doente e a doença permitiu um afastamento entre o médico e o paciente, fazendo da anamnese um processo estratégico e não comunicativo, com finalidade à medida das informações exigidas para o estabelecimento do diagnóstico e a escolha da terapêutica (normalmente restrita a alopatia ou cirurgia). Tudo o que está fora deste objetivo são fatores de confusão para o médico, impossibilitando a construção de vínculos e afetividades na relação médico-paciente - o que faz da prática médica uma prática de natureza eminentemente utilitarista (MARTINS, 2003). O olhar objetivante sobre a doença exclui a dimensão *existencial* do paciente, reduzindo o processo de cura à cessação dos sintomas, impedindo a possibilidade de ampliar a terapêutica, construindo ressignificações da

vida. Isso se dá a partir do momento em que vida, existência, saúde, morte e sofrimento ganham um estatuto existencial, “incoerente” com o modelo biomédico preso as objetividades do “real”, o que mostra a dificuldade da medicina moderna em lidar com tais questões. A doença e a morte são males combatidos, de valor sempre negativo para a medicina, inviabilizando a possibilidade que a morbidade tem de ressignificar a vida e reorientar o agir sobre o mundo pelo paciente - pelo sujeito. Esse cenário abre espaço para o processo de desumanização da medicina, transformando-a numa prática dura, técnica e utilitária. Além do que, tende a “desempoderar” o sujeito, que passa a não acreditar mais na manutenção de sua vitalidade, ambiente e qualidade de vida, e assim no potencial natural de cura de seu corpo (PELIZZOLI, 2010).

Sendo a doença um processo complexo, social, existencial, interacional e simbólico, qualquer ação terapêutica que não possa deslumbrar um olhar amplo de possibilidades, fracassará na sua eficácia. Nesse sentido, observa-se a grande incapacidade do modelo biomédico de promover *saúde* em grande parte dos casos, pois, geralmente, seus procedimentos intervêm sobre sintomas, produzindo um processo de “cronificação” de enfermidades e do próprio sofrimento, não trazendo uma resposta efetiva para a produção de saúde de uma forma ampla e duradoura (ILLICH, 1975). Isso acontece sobretudo nas doenças ditas crônicas, intimamente relacionadas às formas de existir no transcorrer da vida de cada sujeito em particular. A medicina fundada na patogênese – patologia – perdeu as dimensões da salutogênese⁹.

Além disso, como a terapêutica predominante no modelo biomédico é essencialmente intervencionista de base alopática ou cirúrgica, no nível da mecânica dos órgãos ou da bioquímica celular, ela guarda grande potencial iatrogênico, já que dificilmente a ação de uma droga ou da retirada de um órgão terá um efeito restrito no local lesado. A iatrogenia potencial dos atos médicos é ainda mais nociva num cenário de consumo descontrolado de planos de saúde, produtos e serviços médicos e no processo intenso de medicalização da vida cotidiana. Somado a isso, na vinculação da medicina

9 Trata-se de como produzir e manter a saúde, mais do que combater doenças e sintomas. Cf. Glocker, in: Pelizzoli, 2010; ver Gonzales, 2006.

com o mercado, na produção do consumo de atos terapêuticos, convergem interesses de corporações e grupos que colocam o lucro acima do bem estar dos indivíduos e da sociedade, produzindo sérios problemas éticos com relação ao livre mercado no setor saúde, num cenário de fragilidades do setor público para regular tais serviços.

E finalmente, o universo de possibilidades tecnológicas da medicina contemporânea e da engenharia molecular traz dilemas complexos envolvendo a dimensão da (bio)ética. Até que ponto é possível ir quando o meu campo de intervenção é a vida? Clonagem, alterações genéticas, células tronco de embriões são temas cada vez mais presentes e que levantam o debate em torno da heteronomia do cuidado, da autonomia dos sujeitos, do cuidado na hora da morte e da artificialidade que sufoca processos vitais. Todos esses limites apontam para a urgência de novas perspectivas de superação e complementaridade do modelo biomédico, no sentido de produção e promoção de saúde, qualidade de vida, cuidado e solidariedade (PELIZZOLI, 2007).

Hermenêutica filosófica - alargar horizontes do ver, sentir e agir no mundo

Antes de dialogar acerca das possíveis contribuições para o setor saúde por meio desse olhar, apresentemos pressupostos e conceitos da hermenêutica filosófica, para então propor um diálogo entre ela e a saúde.

O ponto de partida crítico da hermenêutica filosófica está na investigação dos limites do saber moderno, o qual, principalmente através do desenvolvimento das teorias do ego cogito, de um lado, e do processo de objetificação da ciência, do outro, coloca-se como pretensão de universalização do seu *logos* (como Razão única e sentido oniabrangente). Surgem na ciência (e na política) moderna mecanismos de produção de verdades fechadas, estruturadas numa lógica dependente de imperativos metodológicos matemático-experimentais, e na concepção mecânica do universo – a qual desemboca na *racionalidade instrumental*, quando o humano passa a ser instrumentalizado e sufocado pela própria técnica. O

mundo, e então o corpo, sob esse olhar epistemológico (cartesiano), nada mais é que um apanhado de objetos relacionados mecanicamente, obedecendo a leis lineares de causa e efeito, e passíveis de apreensão através dos sentidos de um observador neutro e organizado pela razão controladora. Nem o universo social, de natureza complexa, intencional, ideológica e multifacetada, escapa dessa abordagem, que tenta construir modelos estruturadores de mecanismos de funcionamento e formas de intervenção que, desde Comte e depois Durkheim, colonizam as chamadas ciências sociais. A ciência, nessa perspectiva, constrói seus espaços legislando sobre o mundo, “decifrando” seus mecanismos e construindo formas de uso e intervenção. Isso lhe dá inclusive uma aura sobrehumana, pretensamente endeusada.

Dentro da racionalidade cartesiana, é como se a verdade estivesse sempre palpável, fixa, estruturada, passível de ser moldada pela lógica do investigador, desvendada pelo olhar atento de um sujeito pensante que, através da inteligência racional separa suas peças, analisa as funções, propõe teorias que demonstrem as leis de seu funcionamento, testa-as experimentalmente e estrutura o *modus* do objeto, seus sentidos possíveis. Para Bertalanffy (1973), esse é o grande equívoco da filosofia racionalista, que se repete e se fortalece de Platão à Kant, o de conceber o homem enquanto um espectador do mundo, um *ens cogitans* que observa e intervém ao toque de um controle remoto.

A idéia de uma realidade passível de desocultamento dessacraliza o mundo sob o olhar racional e elimina o caráter misterioso e intuitivo da existência dos seres. Assim, mais do que passível de conhecimento, a realidade seria real somente a partir da característica de ser passível de controle, de dobrar-se ao uso instrumental, vinculando-se então ao desenvolvimento tecnológico e ao mercado, pois o uso atrela-se à possibilidade de consumo. A chamada civilização tecnológica construiu um mundo de novidades, de formas descartáveis de se lidar com o mundo, com as relações humanas e com a natureza, fazendo da vida uma instância plástica e com valor de compra e venda. O novo, o progresso, o desenvolvimento, a ordem, a razão e a organização tomam o imaginário social, científico e político, articulando formas sutis de universalização de discursos, legitimação de intencionalidades,

manutenção de poderes, engessamento e automatização das instituições, e assim a construção de modelos morais (FOUCAULT, 2008). Não é à toa que em muitos espaços as deturpações da modernidade e da pós-modernidade são colocadas como frutos amargos necessários ao progresso da humanidade, como é o caso da globalização e da degradação do meio ambiente (PERTERS, 2000).

A racionalidade cartesiana, embora tenha conseguido trazer conquistas importantes no desenvolvimento da civilização, trouxe vários problemas atrelados aos seus limites, tanto de ordem epistêmica (concebendo um mundo de objetos passíveis de controle total e de intervenção objetificadora) como de ordem política e ética (na produção de verdades e com isto de estruturas de poder). A vida natural, a solidariedade, a compaixão, o mundo simbólico, a ética, a estética, a poesia, a beleza, o Desejo e a espiritualidade são expulsos do *logos* moderno como obstáculos presos à obscuridade e à tradição (que deve ser expulsa, como já queria Descartes), ou ainda reivindicados como variáveis explicativas simplificadas de sistemas estruturados das ciências sociais. Nas questões éticas, sobretudo, o paradigma cartesiano nos provoca ao colocar o próprio humano como objeto (distante) de si mesmo, transformando o Outro em espaço de intervenção e manipulação – química/física/mecânica, no caso especial da medicina da doença (Saúde). Nesse sentido, colocamos a questão da *alteridade* como o mote ético-político mais relevante da pós-modernidade, na medida em que o outro representa a própria impossibilidade de objetificação do conhecer, já que possui natureza estranha (ambígua, incógnita...) a si mesmo e de intencionalidade própria; por isso resiste e persiste como alteridade (PELIZZOLI, 2002). Pensar o outro como objeto dado é anular a possibilidade de diálogo, reduzindo os outros a variáveis estratégicas para se atingir determinada finalidade. Conceber o outro como alteridade torna-se difícil na civilização tecnológica, cercada de lógicas estratégicas e utilitaristas, fato este que exige urgentemente perspectivas de superação ou complementaridade aos modelos hegemônicos de construção de pensar e agir sobre o mundo. A hermenêutica aposta nesse desafio da alteridade.

Nesse contexto de crítica à racionalidade cartesiana, a hermenêutica filosófica (através de leituras do conceito de vivência de Dilthey, da fenomenologia de Husserl e do existencialismo de Heidegger, e mesmo Foucault e Paul Ricoeur) surge num resgate que começa na filosofia grega, sobretudo dos valores pré-socráticos e da dialética-diálogo de Sócrates e Platão. Nesse caminho de produção de sentido enquanto contextualização crítica e vital do conhecimento, a obra de Gadamer é a culminância; por se constituir como conjunto compreensivo-interpretativo aberto e dinâmico, a hermenêutica serve a numerosas interpretações e releituras, não apenas no campo científico, mas no campo ético, político, teológico e jurídico (ROHDEN, 2002).

Na visão da hermenêutica filosófica, a realidade não é algo dado claramente, que cede ao olhar e aos sentidos escrutinadores, estruturada e passível de fragmentação e controle total, mas, pelo contrário, a realidade “é” sempre um novo encontro, não se entregando docilmente para quem a procura. A verdade nessa perspectiva nunca se mostra inteiramente, abrindo-se ao olhar somente em parte, impossibilitando uma apreensão total de qualquer objeto; mas, contudo, não somente pela limitação dos sentidos, como argumentou Kant, mas sobretudo pela própria natureza do real, além dos modos de conhecê-lo. É como se a cada lance do olhar sobre o mundo houvesse um lado obscuro, um horizonte de contornos periféricos embaçados que surgem junto ao foco central (ALMEIDA, 2000). Essa miopia inerente à percepção intelectual, mais do que causada pelos óculos que usamos, mais do que pelo embaçamento das imagens, é causada pela inseparabilidade entre sujeito e mundo, conhecimento e desconhecimento, identidade e alteridade. O conhecimento deve ser pensado como ocultamento e desocultamento, reafirmando a impossibilidade do sujeito ser mero espectador da realidade, e sim integrante mergulhado do mundo de sentido que se produz a cada momento e que se acredita, pois sem *sujeito não há mundo e sem mundo não há sujeito*. O sujeito é condicionado em seu modo de viver, está preso ao “estar aí no mundo”, é ao mesmo tempo ser, mundo e experiência de mundo, como sintetizado pelo conceito de *Dasein* (ser-aí, ser-o-mundo-aí, sendo-no-

aberto-do-mundo) de Heidegger, e pelo “círculo hermenêutico” de Gadamer (ROHDEN 2002).

Nessa perspectiva, qualquer discurso de verdade com a pretensão de objetividade total e esgotamento de um objeto, não só mostra apenas parte desse objeto, como é também encobrimento de sua totalidade. Assim, uma verdade é sempre inviabilizadora de outra verdade, sobretudo por uma perspectiva absoluta. Um exemplo disso, é Zaratustra (personagem nietzschiano), que por ser um ser luminoso, que a tudo ilumina, percebe que mesmo sendo dono da verdade que há no clareamento do mundo, é incapaz de ver a verdade da escuridão (NIETZSCHE, 2001). A própria reflexão feita por Zaratustra, além de ser fatídica em relação a sua incapacidade de dar conta de toda realidade, é também uma forma de entendê-la e compreendê-la em um sentido amplo. A hermenêutica filosófica, neste sentido, não é de maneira alguma a forma de apreensão total da realidade, e sim uma atitude compreensiva do mundo, e do estar no mundo, em sua essência dinâmica, percebendo (dentro do possível) a cada momento o que o sujeito faz com o conhecimento e o que o conhecimento faz com o sujeito. Quando dizemos que a realidade guarda a impossibilidade de esgotamento de seu conhecer, é ao mesmo tempo possibilidade de conhecer algo da realidade, mas não por meio do desvelamento e dominação de seu mecanismo, e sim na “compreensão de ser”, do sentido construído em cada momento e contexto, carregado de passado e tradição, num refazendo-se contínuo (temporalidade)¹⁰.

Contudo, essa atividade compreensiva do mundo pode dar-se somente em ato pela própria incapacidade de separação de si e da experiência. A experiência, unidade sintética entre sujeito e mundo, é para a hermenêutica um de seus fundamentos, no qual a essência e o sentido das coisas vão se desdobrando na própria experimentação destas, num processo infinito de alargamento de horizontes, (re)construindo os sentidos do estar no mundo. Assim, a experiência se entende como um evento capaz de transfigurar o sujeito no seu processo de formação humana, abrindo-o para novas possibilidades mais próprias de ser no mundo. Compreender o mundo é experimentá-lo, saboreá-lo, remetendo à própria raiz das palavras saber e sabedoria.

10 Ver, para tudo isso, a obra Verdade e Método, de Gadamer.

A experiência nos remete a como algo aparece; esse aparecer é o *fenômeno*, percebido de forma correlacional: inseparável entre sujeito e objeto. O fenômeno hora faz aparecer, hora pode fazer desaparecer, pela perspectiva do próprio sujeito, sendo que o fenômeno (aparecimento) de um objeto corresponde à experiência deste objeto (PELIZZOLI, 2002). Duas gotas são diferentes, embora a experiência com cada uma pareça igual. E ao contrário, as fotos do casamento para um casal, embora sempre vão ser as mesmas, a experiência de velas pode ser completamente diferente entre a situação logo após a lua de mel e a do momento de completar bodas de prata. Tal se dá pelo pressuposto de que os objetos estão presos ao presente, à situação e, nesse sentido, possuem natureza contextual e dinâmica, na dependência das características imanentes da relação Sujeito-Objeto. Isso remete a tomar toda forma de argumentar sobre o percebido (o que aparece) como um ato fotográfico, com os cenários sempre em movimento, a exemplo da foto do mar que em seu aspecto estático não capta a natureza ondulante em seu movimento contínuo. A falácia da racionalidade cartesiana está justamente em dar demais peso e realidade a fotografias do momento, já que sujeito e objeto compreendem-se apenas viva e existencialmente, no presente da experiência da coisa, que hora desaparece, hora aparece, já que rio e homem nunca são os mesmos em momentos diferentes, como sintetiza Heráclito. Essa falácia é mais evidente na perspectiva reducionista de domínio sobre os objetos na pretensão de domesticação do real (note-se que real vem de *res*, coisa, e assim coisa fixável). Exemplo aplicado: um vírus é real, é visto, mas não significa que ele seja o ponto de realidade e causa de uma doença, de uma chamada “virose” por exemplo.

A experiência como traço constitutivo do conhecer hermenêutico remete a nos debruçarmos sobre sua natureza que, como síntese entre sujeito e objeto; a verdade (experimentada) remete a um ato reflexivo para além da experimentação, mesmo que possa ser experienciável; contudo, remete também ao caráter existencial do que somos e como vemos, o que vai ser sempre traduzido, como linguagem – simbólica, especulativa etc.. Não indica, assim, que conhecer a partir da experiência é esgotável no contexto vivido, mas, acima de tudo, toma-se consciência da natureza do

processo de construção do *logos* (sentido, racionalidade, palavra...), já que, sendo experiência fenomênica, possui traços centrais tais como: finitude, historicidade, não-objetificabilidade, negatividade, ambigüidade e abertura (ROHDEN, 2002).

Na Finitude, a experiência humana nos leva a uma profunda compreensão, a dos seus próprios limites; a dor de perceber que o ser é impotente diante da vida, pois esta é em sua essência não controlável, alteridade, sem previsibilidade nem direção dada. “Não sou eu quem me navego, quem me navega é a mar”, em um instante somos vontade de potência, temos nossa vida nas mãos, donos de nosso destino, donos da verdade, e, de repente, tudo muda, como uma brincadeira da existência, aparece a dor, a rejeição, a doença, a invalidez ou a morte - finitude suprema. Gadamer (2008, p. 363), refletindo sobre o *Dasein*, comenta que “a experiência hermenêutica é a experiência da finitude humana. É experimentada no autêntico sentido da palavra àquele que é consciente desta limitação, aquele que sabe que não é senhor nem do tempo nem do futuro, pois o homem experimentado reconhece os limites da previsão e a insegurança de todo plano”. A finitude do homem nos remete a não supremacia do saber e a não definitividade da consciência conhecedora. A sabedoria e o auto-conhecimento não estão na transparência plena do saber ou dos objetos, mas na percepção e na ação dentro dos limites postos aos seres finitos. Nesses pressupostos está o fundamento de uma atitude compreensiva da vida e do mundo.

Assim, a experiência da finitude leva a entender que não se vive duas vezes a mesma experiência; tal aponta a natureza histórica da própria experiência. O tempo ou a história é o que torna viável a possibilidade de compreensão, já que experiência é mais do que um elemento accidental ou um meio planejado para se chegar a um fim; portanto, a inteligência se efetiva somente em contextos e historicidades. A consciência do espírito, mais do que o acúmulo de experimentos ou um somatório de dados, é um desdobramento de um saber ao mesmo tempo totalizante, ao mesmo tempo autêntico, ao mesmo tempo objetivo, ao mesmo tempo subjetivo.

Outro traço constitutivo da experiência hermenêutica é sua negatividade, como motor da verdade do conhecimento compreensivo. No momento em

que experimentamos a finitude de si e do objeto e sua natureza dinâmica fundada no nada, no vazio, o próprio objeto conduz a um novo objeto, através da expansão compreensiva. O objeto muda desdobrando-se em novo objeto, já que a experiência nos leva a ultrapassá-lo, desenvolvendo nova consciência e novo objeto a cada experiência. A experiência hermenêutica não é nada mais que a ampliação do ser no mundo, enriquecendo a compreensão de si e a capacidade de construir um saber largo sobre a existência, ou sobre o chamado “mundo da vida”.

A negatividade/produtividade da experiência hermenêutica mostra-se apenas nas instâncias desarmadas do nosso “estar aí”, na medida em que, destituídos de estruturas de verdade, podemos nos abrir a novas formas de experimentar os objetos inseridos no mundo da vida e vislumbrar outras potências de ser, transfigurando mundo e sujeito. É necessário uma atitude socrática, reconhecer a ignorância fundamental, para que os objetos se mostrem sob outro ângulo. Essa natureza que os objetos possuem de surpreender, na medida em que desdobra a consciência numa ampliação da possibilidade de compreensão através da experiência, tanto é produto da capacidade dos objetos de se mostrarem pouco a pouco, mais do que se pensava, como também reside na multiplicidade de formas de experimentar cada objeto, fazendo da experiência uma experiência de ambigüidade. Isso se dá pelo fato de as inúmeras formas de experimentar uma situação ou objeto não se dão por conta de equívocos de compreensão, mas da própria natureza ambígua da experiência, no sentido de cada objeto poder nos “dizer” a mesma coisa de maneira diferente. Ao contrário da experiência da cientificidade empírica, presa à repetibilidade imposta pelo método, a experiência hermenêutica, por ser ambivalente, abre-se para se mostrar em diversos modos, tempos e espaços, o que tem a ver com a condição simultaneamente finita e “transcendente” do ser. Há sempre um recomeço naquilo que já começou, fazendo da experiência do e no mundo da vida algo sempre incompleto.

Embora somos afetados pela história e pela tradição, somos provocados todos os dias a um recomeço, assumindo uma atitude de abertura ao devir. Na perspectiva da hermenêutica gadameriana, a experiência enquanto abertura

e possibilidade se efetiva através da dialética da pergunta e resposta, já que a pergunta é o fundamento necessário para ampliação da compreensão, pois nos joga ao desconhecido, ao que está oculto por trás do visível, do pré-estruturado como verdade sobre algo ou alguém. Assim, a abertura, inerente à experiência (hermenêutica), além de experiência é também diálogo, e se mostra apenas por meio deste, no indivisível entre a experiência da linguagem e a linguagem da experiência (ROHDEN, 2002).

A natureza dialógica da compreensão (hermenêutica), inseparável da experiência, nos remete à própria raiz da palavra hermenêutica, vinda de Hermes, divindade grega, deus filho de Zeus com Maia, conhecido como intérprete das mensagens dos deuses para os homens. A atividade interpretativa nos conduz a entender a compreensão transpassada pela linguagem, de modo que a realidade não apenas nos chega através da linguagem, mas é linguagem, formando uma totalidade inseparável (GADAMER, 2000). Assim, a linguagem é mais que a representação de algo, pois nela o objeto se transforma, se confunde, ganhando significado que transborda a realidade ultrapassando o sujeito. É por meio dela que sujeito e objeto se diluem numa unidade, pois a compreensão da realidade é interpretada como linguagem, que fala sobre algo, sendo mais do que este algo. Falar sobre algo é mais do que a tentativa de chegar na *coisa em si*, mas é dar sentido, dar significado, ordenando o modo de ser, pensar, conviver e agir no mundo da vida, produzindo racionalidades. Ainda que a coisa seja a mesma, em duas situações distintas ela conduz a diversas possibilidades de interpretação, mobilizando sentidos, a depender do código usado, de forma que um copo d'água pode ser também um pedaço do rio, efetivando-se, num caso e noutro, de maneira diferente no mundo do cotidiano, pois nos conduz a pensar e agir sobre esse copo de maneira diferente.

Sendo o homem um ser na linguagem, e desse modo diálogo, já que tudo o que pensa é possibilidade de comunicar, o conhecer envolve necessariamente, enquanto ação social, o encontro com outros e, assim, diálogo é alteridade em ação (GADAMER, 2008). É pelo fato de poder haver diálogo que na espécie humana essencialmente pode haver um saber compartilhado, tornando-se possível a convivência humana enquanto vida social. Este encontro com

o outro, enquanto diferente, vai envolver diversas perspectivas que vão determinar de que forma o meu mundo chega no mundo do outro e vice-versa. O encontro entre dois sujeitos, imersos na linguagem, é também o encontro de perspectivas, de experiências de mundo diversas, mundo com significados, historicidade e racionalidades que se inter-relacionam, transformando a experiência em experiência intersubjetiva, pois através da experimentação do outro o mundo se transforma e se confunde, pois nunca há o mesmo olhar sobre o mesmo mundo. Nesse contato, um jogo se forma, onde cada agente do diálogo hora tenta proteger seu mundo (sua estrutura de verdade), hora cede ao mundo do outro, já que verdade é verdade apenas se o é também no outro, fazendo desse jogo um movimento de idas e vindas, desfazendo preconceitos e expectativas, e ao mesmo tempo experienciando novas formas de pensar, sentir e agir. Por conseguinte, quanto mais protegido for meu mundo, menos abertura para outras perspectivas de compreensão eu vou ter através do contato com o mundo do outro.

Na tradição ocidental de construção do conhecimento, enquanto caçador das verdades do mundo, absolutas e objetificáveis, o encontro com outras perspectivas, fins, intencionalidades e racionalidades presentes no outro, conduz ao conflito, na medida em que um não cede, transformando o conhecer em poder dizer, em legitimidade ou ilegitimidade de pronunciar o mundo. Para a hermenêutica, a produção de enunciados de verdades sólidas não abre possibilidade de **diálogo**, pois a verdade nesse caso é sempre a negação da verdade do outro. Tal é a característica da racionalidade instrumental, que produziu o problema mais crítico na contemporaneidade, já apontado por Gadamer (2000, p-129), que é a “incapacidade para o diálogo”, incapacidade para o diálogo com o outro, com a vida, com o mundo, e consigo mesmo.

Na perspectiva hermenêutica, o diálogo não necessariamente se efetiva no simples encontro entre dois sujeitos produtores de linguagem, mas, necessariamente, há prerrogativas de condições específicas indispensáveis que fazem com que haja diálogo de fato. Isso porque os diálogos possuem uma finalidade, construir acordos, consensos, construção conjunta de mundo, o que dá significado à vida em comunidade, em bairro, em grupo, em família, transformando a arte do diálogo na arte do conviver. A incapacidade

para o diálogo produzirá conflito, exercício do poder dizer anulando outros modos de dizer, anulando outras subjetividades, inviabilizando modos compartilhados de pensar o mundo. Nesse sentido, qualquer diálogo no qual um (alguém) não cede, ou, sob determinadas condições, um não fala ou é impedido, é minada a possibilidade para o diálogo. Para que haja diálogo, é preciso a predisposição de cada sujeito, entendendo o outro como outro, de forma que cada agente ponha em xeque suas próprias concepções, tendo necessariamente que ceder, contudo, não apenas um, mas também o outro, ao que se transformam com esse encontro e transformam também seus mundos.

A perspectiva do diálogo nos provoca ao redimensionamento ético, em meio à civilização tecnológica perpassada pelo agir estratégico, no qual a visão de mundo e o projeto de mundo possuem *status* absoluto; aqui se transforma o diálogo com o outro numa relação utilitarista, ampliando a incapacidade para o diálogo, ponto esse crucial na crítica à racionalidade cartesiana e conseqüentemente ao modelo biomédico. Nesse percurso, sabendo que o diálogo implica fins, meios, desejos, planos e um olhar para o futuro, faz-se justo reivindicar a dimensão ético-político da hermenêutica filosófica. Um mundo pensado e sonhado, necessariamente, é também um mundo com o outro, para o outro e do outro. Pensar sobre o mundo é mexer no mundo e também no mundo do outro. Ninguém pensa ou sonha de maneira totalmente isolada, pois, mais do que um agir solitário do ser humano, conhecer implica interagir, fazendo da produção do *logos* uma ação perpassada pela alteridade. Colocar-se diante do outro é inevitável; um outro que também sonha, luta, possui desejos e que por vezes provoca choques, divergências e estranhamentos.

Quando o outro está em questão, no processo do diálogo, algumas perguntas podem surgir. Quem é esse outro? O que penso dele? Como sou visto por este outro? Até que ponto meus desejos trazem implicações ao outro? Quais divergências ou concordâncias podem ser vislumbradas? Quais regras morais e éticas estou disposto a abrir mão ou não ao entrar no processo de interação? Contudo, tais questionamentos, embora estratégicos, não garantem segurança para o **jogo** que se inicia ao interagir com outrem. Enquanto jogo, entramos em meio a regras, planejam os ataques e a defesa, estudamos o

adversário, mas o resultado está sempre fora do controle. O adversário pode mudar sua estratégia, e o acaso sempre ronda, tornando o jogo uma caixinha de surpresas. O sentido último do jogo não permite quebrar regras, pois já não seria mais propriamente o jogo. Mas mesmo quando as regras são quebradas, ainda há algo em jogo, um outro jogo diante do jogo inicial. No jogo, algo e nós mesmos *estamos em jogo*. A experiência em jogos nos diz que não podemos nos prender tanto a estratégias, pois, se não mantivermos a abertura à dinâmica mutante do processo, se esquecermos a criação e o improviso, corremos um sério risco de sermos atropelados. No jogo com o outro, mais do que tentar evitar surpresas com previsões, precisamos manter uma postura de abertura e flexibilidade, na garantia de um diálogo de fato.

O exemplo do jogo é perfeito para representar a dinâmica e o caráter incerto dos processos de interação entre atores, mas, ao mesmo tempo, traz alguns problemas, sendo necessário desconstruí-lo. As relações humanas não necessariamente precisam de vencedores e perdedores, a vitória pode ser nosso fim primeiro, mas não precisa ser nosso fim último, pois no jogo da alteridade imperativos e fins fixos são empecilhos para a negociação e a chegada ao consenso (RIVERA, 1995). Quando se supervaloriza os fins, no diálogo de negociação, os meios se transformam em instrumentais estratégicos para se chegar aos objetivos, guardando alguns riscos éticos que precisam ser dimensionados.

Quando se quer muito algo, podemos achar que os fins justificam os meios, nos colocando no jogo com pressupostos tão estruturados que transformam os outros atores em partidários e não partidários, em que é preciso ganhar a qualquer custo. E assim, podemos nos valer de ferramentas que implicam em problemas sérios em nossa postura em relação ao outro, nas quais bombas são justificadas pela paz, guerras são justificadas pela expansão da democracia, e mais especificamente no caso da saúde, formas de anulação da autonomia das pessoas são justificadas em nome da defesa da cura e do sistema. Num agir estratégico preso aos fins, corremos o risco de transformar o processo comunicativo num mundo sem regras e sem ética, instrumentalizando a relação com o outro, fazendo com que ele seja apenas um meio para se chegar a determinado fim. Isso abre a possibilidade

do uso de práticas discursivas que, longe de tentar estabelecer possibilidades de diálogo, produzem um jogo emaranhado e sorrateiro. Aqui, os atores são arrumados em estruturas identitárias fixas e estratégicas, e a depender com quem se lida, o dito é menos um meio de clarear as idéias e intenções do que um instrumental pronto para obscurecer os horizontes e gerar não ditos e exclusões, no sentido de cooptar aliados para determinada causa. Isso coloca em risco o próprio jogo do diálogo, minando a possibilidade de vivenciar a experiência hermenêutica, de readequação dos fins, do compartilhamento do mundo, da construção conjunta, de abertura ao outro, da confiança e entrega; estas últimas são condição primordial para se construir vínculos.

É preciso cultivar uma postura de abertura e colocar sempre a prova nossas visões de mundo e o que desejamos, como também nossos preconceitos em relação ao outro, pois podemos gerar a incapacidade para o diálogo, transformando a interação num cenário de representações, ritualizando o processo político, reduzindo o seu poder de transformação à periferia das estruturas, não produzindo críticas profundas e a possibilidade de reinvenção do cotidiano. Na relação com o outro, Buber (2008) traz reflexões interessantes, nas quais fala de três possibilidades de relação: uma relação *eu-isso*, onde o outro é reduzido à condição de objeto, sendo nulo o poder dizer de um dos sujeitos; uma relação *eu-tu reflexiva*, na qual se assume a existência de um outro diferente de mim, mas fico preso a um mundo estruturado e fixo, fazendo da relação apenas pretexto para reforçar as estruturas egológicas do eu, pois só vejo o que quero ver; e, por último, uma relação *eu-tu* (outro), na qual assumo o eu diferente de mim, mas ao mesmo tempo essencial ao eu, construindo uma relação de fato dialógica. Nessa última possibilidade, sonhos, projetos e convicções, ao se confrontarem com o mundo do outro, diferente e ao mesmo tempo parte de um mesmo mundo, são colocados permanentemente à prova, transformando o diálogo num processo entramado, dinâmico, ético, criativo e autocrítico, cheio de idas e vindas, mas que abre a possibilidade de construção de caminhos pactuados e solidários, produtores de transfigurações no eu. Defendemos, sem dúvida, essa terceira via, no sentido de criar a possibilidade de amadurecimento ético das relações humanas, radicalizando na defesa de valores como a solidariedade, a parceria e a amorosidade.

Acreditamos, como ponto fundamental da hermenêutica, que não se trata de criar uma verdade última, mas, a partir da compreensão da existência humana, construir posturas éticas e *modus* de ser no mundo mais próprios para superação dos problemas urgentes do conviver em sociedade e em harmonia com o planeta. Nesse sentido, a hermenêutica filosófica, mais do que uma possibilidades de superação de problemas epistêmicos, presentes ainda na contemporaneidade, pode ser o meio para refletir sobre limites e problemas de ordem ética e política, apostando em reformas profundas dentro da sociedade, e, apropriadamente, dentro do setor saúde.

Cuidar do Ser

O que é cuidar? Se tal pergunta traz dificuldades epistêmicas pela natureza multifacetada deste conceito, como também pela sua “cruza” diluída na existência cotidiana e histórica, faz-se primeiramente necessário, na direção de compreender o que é cuidar do ser humano, tentar entender minimamente aspectos básicos desse ser humano, seu sentido no “mundo da vida”. Entendê-lo não é de modo algum pensar em algo dado a priori, nem docilmente demonstrável, ainda mais numa época pós-moderna confusa, paradoxal e tecnocêntrica.

Se a metafísica falhou no sentido de construção de uma verdade sobre a ontologia, da essência dos entes, na tentativa de encontrar algo geral, necessário e imutável na natureza humana, a visão hermenêutica retomou esta discussão com outro fundamento. Aqui, não mais na busca de algo fixo e cristalizado, mas no caminho de compreender justamente o que a metafísica sempre negou, a natureza dinâmica, finita, mutável e histórica do ser humano, apontando para uma ontologia de possibilidades de estar no mundo. Nesse sentido, o bem conhecido mito de Hígino, citado por Heidegger em *Ser e Tempo*” nos ajuda a pensar o ser humano constituído por quatro dimensões ontológicas “fontais” regidas pela historicidade e pela finitude: espírito (Júpiter), corpo (Tellus), projeto (Saturno) e o próprio cuidado (personificado no mito). A partir dessas quatro dimensões podemos aproximar uma compreensão do

ser humano em dimensões estruturais interligadas, expressões ontológicas integrais e imanentes do nosso ser no mundo.

Entendemos o ser humano como um ser dotado de espírito (como psiquismo), e por isso mesmo dotado de desejo e capacidade de dialogar com os mistérios que o cercam, procurando respostas para guiar sua existência no mundo. Desejo e diálogo se traduzem enquanto busca, busca de saber de si e saber do mundo e que, como espírito, tal saber é sempre negado em definitivo, como verdade última, pela sua natureza finita e histórica. Essa condição faz do espírito uma expressão instantânea de si mesmo, nunca um dado *a priori* ou um lugar a chegar, desdobrando-se no devir histórico em seu próprio avesso. Se há algo imanente no espírito e sempre presente nas formas de se conceber a espiritualidade ou interioridade, como bem argumentou Foucault em *Hermenêutica do sujeito*, é o seu movimento, sempre em exigência de “conversão”, ativamente ou passivamente, transfigurando o espírito em algo que ele ainda não é e que nunca será em definitivo.

O espírito apenas vive enquanto corpo, enquanto expressão de si que se manifesta a partir do gesto, de forma que não há possibilidade de ser no mundo, nem ter experiência de mundo, prescindindo do corpo. Tellus é terra, e nada é mais terra em nós mesmos que o corpo, verdade revelada na nossa estrutura elementar, que nos assemelha a todo o cosmo em sua origem, no hélio e no hidrogênio. Nós somos a terra na forma de potência, vontade, compreensão, sentimento, sensações e responsabilidade. Em outras palavras, como diz Boff (2008), “somos a terra no seu momento de auto-realização e de autoconsciência”. O corpo não só nos constitui como nos liga a tudo que está na totalidade vida, de um lado, nos ligando à matéria morta, pois somos constituídos pelos mesmos elementos (basicamente carbono, hidrogênio e oxigênio), por outro, somos animais, seres vivos, condição que nos iguala a tudo que é vivo no mundo, e por isso mesmo imersos na dinâmica da vida, que sempre se renova e se transforma, e, igualmente, como seres vivos, fadados à faticidade da morte. Nesse sentido, nosso corpo nos joga de forma imediata às possibilidades e limitações da existência, confundindo-se com a própria vida, sendo a carne de nossa experiência de mundo. O corpo é que geme, que grita, que adocece, que sente fome, que sente prazer, que ama,

que odeia, de forma que é apenas o corpo que nos conduz a nos sentirmos inteiros na vida.

Este espírito, que também é corpo, está imerso no tempo e na historicidade, projetando-se enquanto um refazer-se contínuo de si mesmo, buscando sentido ao seu ser no mundo. O espírito, enquanto possibilidade de ser, se inquieta, não se satisfaz com o que se apresenta simplesmente dado, e sonha novas maneiras de estar no mundo transformando este mesmo mundo, fazendo do seu passado e do seu presente o lugar para antecipar-se ao futuro. O futuro não é apenas o que acontece, mas também o que se sonha e se planeja. Esta é nossa terceira dimensão humana, a utopia, nossa substância de Saturno que nos faz buscar infinitas possibilidades, não por conta de uma ausência no ser, mas pela busca de transbordar-se a si mesmo como potência, extravasamento, expansão de vida. Contudo, a condição da utopia é a forma relacional, do eu com o mundo que me cerca, pois sonhar um mundo possível é sonhar também um mundo para o outro, quer em consenso ou dissenso com ele. Isso faz da utopia mais do que um ato de abstração, mas, sobretudo, ato político, pois apenas socialmente é possível sonhar. Sozinhos, sonhos são apenas vontades, sem potência criadora e política.

A utopia se constrói como síntese entre as exigências da Terra (imanentes no corpo) e os imperativos do espírito (BOFF, 2008). Contudo, essa construção não surge restrita à ação de sonhar, de conceber utopias, mas vai exigir trabalho, empenho, zelo, luta, dedicação, disciplina, alteridade, responsabilidade, preocupação, uma série de atitudes em relação a si e ao mundo para que o mundo dado também seja projeto de mundo. Todas essas atitudes que projetam sujeito e mundo ao seu vir a ser, em relação ao que a condição humana enquanto ser no mundo impõe, e o que as vontades e potências possibilitam, apresentam-se ontologicamente como *cuidado*, nossa quarta dimensão seminal que expressa nosso ser no mundo enquanto possibilidade de compreender a si mesmo e possibilidade de ser. Nesse sentido, retomamos a pergunta: o que é cuidar? O cuidado, ou a atitude de cuidar, é um modo de ser fundamental, não podendo ser concebido como estância fora de nós, mas sim ontologicamente constitutivo da natureza humana. Quando nos propomos a cuidar de algo ou de alguém, somos

levados a mobilizar trabalho e uma série de estratégias e atitudes; contudo, o cuidado não se reduz a nenhuma delas, já que é “fontal”, e é a partir dele que se guia cada ação.

Por conseguinte, situando-nos na área específica da *saúde*, reivindica-se aqui a palavra cuidador, e não “curador” hermenêuta, pois cuidado não necessariamente implica cura (confundido em nosso tempo como simples cessação de sintomas), já que há males agravados sem possibilidade de cura, mas não sem possibilidade de cuidado. Aqui, entendemos cuidar não como um mecanismo que implica fins e resultados, e, por isso mesmo, não é um conjunto de técnicas, nem procedimentos terapêuticos. Dessa forma, não se encerra no processo de trabalho de profissionais da área, nem é linha de produção, onde cada agente do cuidado se responsabiliza por uma parte. Para Ayres (2004, p-74), cuidado pode, numa perspectiva mais ampla, ser entendido “como um constructo filosófico, uma categoria com a qual se quer designar simultaneamente uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de sofrimento ou o alcance de bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade”. Nessa perspectiva de ampliação do conceito de cuidado, Boff (2004) nos fala, numa releitura de Heidegger e da lenda de Higino, que sendo o homem possuidor de transcendência, projetando-se para o futuro, é possuidor do espírito de Júpiter. Da mesma forma, sendo o homem possuidor de imanência, finito e preso ao local onde vive, possui algo de Tellus, sendo seu corpo feito de húmus. E como sendo o homem possuidor da unidade entre as vivências pretéritas, a experiência presente e os projetos de futuro, é um ser temporal e histórico, possuindo algo de Saturno. O cuidado é o que forjará este elo entre Tello, Júpiter e Saturno.

Para entender melhor a amplitude do conceito, devemos perceber que o ser, que está aí na ordem do mundo, é ao mesmo tempo criatura e criador deste mundo, significando experiências pretéritas, agindo no presente e se projetando em seu projeto existencial, que se faz na dialética entre o futuro desejado e as possibilidades e limites da realidade. Nesse jogo que se projeta

para o futuro, ao se sonhar algo, necessariamente demanda-se cuidado, pois entre o sonhado e o possível há o devir mutante que se transmuta a cada dia em ato que surge a partir da experiência de cada momento. Sonhar com uma família, sonhar com uma carreira, uma profissão, amigos, uma comunidade solidária, uma sociedade melhor, vai exigir que cuidemos, sob diversas perspectivas, para que os sonhos se estruturem e ganhem forma. Seja na tranquilidade, seja nos contratempos, estamos sempre cuidado da vida como projeto de existência, cuidando do mundo, cuidando de si. Cuidado de si que Foucault tematizou em sua *Hermenêutica do sujeito*, levantando as experiências ocidentais de *epiméleia he autoû*. Daí ser o cuidado um processo inerente à experiência de si. Quando cuidamos de nossos doentes, cuidamos na verdade de nossa família, de nossas amizades, de nossa vizinhança, de nossa comunidade, de nós mesmos, pois o outro é parte de nossos projetos existenciais, nossos projetos de felicidade que se diluem com os projetos dos outros, transformando-se num projeto de mundo compartilhado, já que o outro como outro sempre vai ser fundamental em vista da natureza social e dialógica do homem.

Projeto e cuidado, nesta perspectiva, são alegorias que formam uma unidade, não sendo possível uma sem a outra. Como já trabalhado, projeto e cuidado, inseridos na experiência hermenêutica, conduzem-se no devir, entre a historicidade, a finitude e a negatividade, transformando-se a cada dia, como também ampliando-se em consciência que se abre e se projeta do presente para o futuro. Esta consciência que se abre, não traz necessariamente a estabilidade para o que se projeta, mas plasticidade ao ser no projeto, que embora seja passível de incompletude, a compreensão diante das possibilidades e das limitações torna-se cada vez mais ampla, aberta e forte diante dos contratempos. Uma consciência forte não está no projeto realizado, mas na compreensão e sabedoria diante do jogo de possibilidades e limitações da existência. Isso implica dizer que o cuidado não está necessariamente no retorno ao domínio sobre a vida, mas na compreensão de sua natureza, exigindo uma postura “sábia” diante do que cada situação impõe, exigindo do espírito, do ser no mundo, a busca interminável da *tékhne tou bίου* (arte de viver). Neste sentido, cuidar de si e do outro exige provocações

e reorientações sobre a perspectiva ética, no *modus* de ser e agir no mundo, e não necessariamente o reestabelecimento das possibilidades antes do processo de adoecimento. Assim, a doença e o cuidado são dispositivos com potência pedagógica, pois exigem a atitude reflexiva sobre o mundo, mas sempre no sentido de ampliar a consciência para o agir mais próprio sobre esse mesmo mundo.

Por uma saúde como potência e possibilidade vital

Pelo que foi até aqui discutido, que entendimento de saúde pode-se reivindicar a partir da hermenêutica filosófica? Para responder a esta pergunta não podemos nos desvincular da vida prática dos sujeitos reais, pois saúde é menos uma série de condições objetificáveis e passíveis de verificação do que condição singular extremamente vinculada à vida cotidiana. É nesse sentido que conseguimos perceber uma saúde extremamente imanente em casos, por exemplo, de doentes terminais de câncer, em sua energia vital diante de sua condição fatídica, e ao mesmo tempo percebemos um estado doentio em algumas pessoas que gozam de plena normalidade orgânica, que, contudo, são carregadas ou permeadas de sofrimento, ou produtoras de sofrimentos nos que o cercam. Isso não é facilmente verificável objetivamente, mas, extremamente concreto na vida dos sujeitos, nos quais saúde e vida exibem sua natureza temporal/histórica, restrita a cada contexto particular. Dessa forma, a saúde não guarda a possibilidade de ser recortada da vida cotidiana, sendo assim uma condição existencial.

Para entender melhor isso, retomamos Leriche, em seu postulado de que a “saúde é vida no silêncio dos órgãos”, contudo, assumindo as limitações epistêmicas que este entendimento impõe. Neste sentido, na saúde o corpo deixa de ser objeto de preocupação, remetendo o sujeito a sua vida cotidiana no mundo das “ocupações”. Tal idéia de saúde é interessante justamente pelo senso comum que guarda, já que diante de uma não anormalidade imanente, nossa conduta repousa com foco no mundo. Ao contrário, a doença é normalmente tida justamente como o contrário, como algo que nos retira da vida, que nos impede de seguir nossa normalidade cotidiana. A doença é

uma perturbação que nos coloca num estado de estranheza de nosso ser no mundo. Como Canguilhem (1990, p. 67) argumenta, “ser doente é, realmente, para o homem, viver uma vida diferente, mesmo no sentido biológico da palavra. A doença é uma forma diferente de vida”.

Se a saúde é ligada a uma normalidade cotidiana, ter saúde é justamente uma potência que nos joga com vitalidade na vida, no cotidiano. Assim, não seria estranho além de perguntar o que é saúde, ou como é estar saudável, também perguntar para quê ter saúde? Saúde não pode ser tida como um fim em si mesmo, pois ninguém quer ter saúde para ter saúde simplesmente, mas, pelo contrário, ter saúde é meio, uma condição que permite possibilidades no mundo da vida. Como bem colocou Caponi, ter saúde tem sentido apenas com a possibilidade de “abusar da saúde”. Assim, cuidar da saúde sempre nos remete a uma busca de expandir possibilidades de ser no mundo, na integralidade da vida enquanto ser no espírito, no corpo e na utopia, articulando limites e imperativos. Nessa perspectiva, saúde pode ser entendida como potência que nos joga na experimentação de nossas possibilidades mais próprias, em relação imbricada aos desafios vitais e existenciais. Talvez por isso mesmo, a medicina moderna seja acusada de não conseguir dar conta do objeto saúde, pois mutila a saúde da vida dos sujeitos, mutilando junto a dimensão ético-política-existencial do ter (ser) saúde, já que falar de ser saudável é também falar de ser no mundo.

Com isso, saúde é algo desde sempre dado, mas não explícito, pois somente podemos experimentá-la no vivenciar das possibilidades que ela nos permite, em meio às faticidades da existência. É assim que, por exemplo, um evento fatídico e trágico é passível de superação, como a perda de um membro em um acidente, que apesar do trauma, conseguimos com o tempo encontrar novos sentidos e possibilidades de ser; são sentidos e possibilidades impossíveis de serem objeto de uma ciência metódica, pois encontram sentido somente na vida prática dos sujeitos reais. Isso nos traz a compreensão da natureza misteriosa do estar saudável, o que Gadamer chamou *caráter oculto da saúde*. Eis que a expressão da saúde nunca se mostra por ela mesma, mas enquanto potência para algo; torna-se fenômeno apenas nesse algo, pois apenas se pode conceber saúde numa relação de conformidade com

o estar aí na ordem das coisas. “Se não se pode medir verdadeiramente a saúde, é por ela ser um estado da adequação interna e da conformidade com si próprio, que não pode ser superado por outro controle. Por isso faz sentido perguntar ao paciente se ele se sente doente” (GADAMER, 2006, p. 114). Saúde é reconhecimento de si no movimento da vida, que se traduz enquanto potência e possibilidade. “É que saúde não é, de maneira nenhuma, um sentir-se (perfeito), mas é um estar aí, estar no mundo, estar com pessoas, sentir-se ativa e prazerosamente satisfeito com as próprias tarefas da vida” (GADAMER, 2006, p. 118).

Isso rompe com uma idéia de saúde como estado ideal e objetificável de ser, idéia esta completamente abstrata e incompatível com a natureza dinâmica da vida, que reivindica aos sujeitos desafios diários na luta contra a tendência entrópica de dissolução, que cerca todo o universo. Contudo, não só lutamos para nos manter vivos, mas também para ter uma vida mais prazerosa, mais bela, mais sábia, mais próspera, mais justa, fazendo da vida a busca de algo mais, redescobrimo potências que se desdobram em possibilidades. Essa talvez seja a diferença entre uma vida longa e uma morte lenta, pois a vida humana precisa ter graça, gozo, gosto, beleza, ética, ou seja, precisa ter sentido, sentido esse que, se nunca é definitivo, provoca a ser encontrado a cada dia. *O sentido é o crepúsculo diário, belo e mutante, que nos chama a cada dia para contemplá-lo, mas que fatidicamente se perde na noite.* Sentido que podemos encontrar até na eminência da morte, o que nos leva a pensar também numa saúde na morte, ou uma boa morte.

Assim, na vida, podemos experimentar a saúde apenas por meio das possibilidades que a própria vida nos dá, desdobrando a nossa existência sobre ela mesma, buscando e construindo novos caminhos possíveis diante do jogo da vida. A saúde é o que dá propriedade a nossos modos de ser no mundo, ela nos possibilita reconhecimento de nossa própria vida, ela implica sentido de existência; daí sua natureza ético-política-estética. As situações fáticas da vida vão nos exigir atitudes que articulem nossas potências e possibilidades com os limites que a própria vida impõe, expressando-se numa integralidade não restrita apenas ao ser-capaz-de-fazer, mas também ao ser-capaz-de-ser, ser-capaz-de-saber, num ser-capaz-de-conviver e ser-capaz-de-sentir. Ser capaz

de algo exige essa propriedade que se adquire apenas com a experiência, o que nos remete a entender que na vida é preciso amadurecimento, a busca de modos cada vez mais próprios de ser-no-mundo, uma *tékhne toû bíou* que nos abre cada vez mais para a entrega ao mundo da vida, num jogo infundável. Dessa forma, saúde deve ser entendida como abertura para a vida, para novas possibilidades que se manifestam como potência no corpo, potência no espírito, potência no sonho e potência no cuidado, que diante da natureza finita e temporal da própria vida encontra-se em permanente perturbação e ameaça, sendo a saúde nunca algo definitivo, mais o fazer-se constante de si.

O que é a doença senão a denúncia a nós mesmos de uma vida que perdeu sentido, não mais própria, nos exigindo a busca de novas possibilidades de ser, de novos sentidos, de nova saúde? Na busca de compreensão profunda sobre a vida, e especificamente a saúde e doença, é essencial entendê-la num jogo que hora ganhamos, hora somos vencidos, reerguendo-nos para novas batalhas, mas que ao final a vida sempre mostra seu poder supremo, seja nas “viradas que a vida dá”, seja na morte. O poder da vida livre enquanto suprema em relação às estratégias de poder sobre ela nos joga necessariamente ao exercício de compreensão da finitude do ser; mas, longe de nos fazer cair na melancolia da impotência e da morte como catástrofe, remete-nos a compreender a vida em seus limites, reorientando e ressignificando a existência e os valores, em uma apropriação cada vez mais ampla das possibilidades abertas, ou mesmo a tão difícil e importante aceitação da realidade. Para Nietzsche, a vida é essencialmente caráter de tragédia (no sentido do teatro grego), drama vital que nos desafia, nos joga ao ridículo, destrói planos e reinos, diluindo certezas e convicções (MACHADO, 2001). Diante da impotência em relação à vida, ao contrário de adotarmos atitude de rancor e melancolia, é preciso postura de reconciliação, compreendendo assim nossas limitações e possibilidades enquanto seres finitos, e agir de maneira intensa e significativa em meio às fatalidades e inseguranças inerentes à existência, pois *viver é correr riscos*, e por isso mesmo nos permite a mudança, a transfiguração de nós mesmos. A dor ressignifica a saúde, o sofrimento ressignifica a alegria, a perda ressignifica a presença, a impotência ressignifica o poder, restando-nos apenas a sabedoria de lidar com a vida em sua realidade cada vez sempre crua e concreta.

Tal compreensão, a da finitude do ser na vida, apenas pode dar-se na experiência, mas não de forma linear, finalística e controlável, já que, sendo a vida risco existencial (tragédia) e não novela virtual, o aprendizado surge num caminho tortuoso, com idas e vindas, na dinâmica do experienciar a existência como processo inacabado mas autêntico e de abertura de horizontes. A incapacidade de entender a finitude da vida e do ser nos leva a uma postura permanente de conflito, de não aceitação, de impropriedade, na busca de estratégias por vezes ilusórias, de controle de algo que não possui controle, gerando “esquizofrenias”, incapacidade de se lidar com a realidade.

Assim, o adoecimento, entendido na sua potência como desarranjo de mundo, viradas do cotidiano, põe em xeque planos e expectativas em relação à vida, provocando o sujeito a rearrumar a casa, dar outro significado à sua vida. Nenhuma doença aparece do nada, mas seu surgimento está atrelado à vida que se leva, à condição humana no jogo entre o que fazemos da vida e o que a vida faz de nós. Assim, se doença é necessariamente fruto do *modus* como se está no mundo, fruto do *Dasein*, também o é a saúde. Desse modo, sendo a doença um mal viver, uma incapacidade de se relacionar com a existência, em suas limitações, ela também é potência positiva para reorientar essa existência, ressignificar o que não produz felicidade, reajustar posturas e éticas em relação à vida, readequando os nossos valores, ou aprendendo com a finitude. Por conseguinte, a saúde após a recuperação, como experiência imbuída de *negatividade*, não é a mesma saúde antes do adoecimento, nem adaptação a uma nova realidade, pois saúde enquanto experiência, portanto finita e histórica, não volta atrás, mas é potência de abertura, reestruturando relações, posturas, valores e éticas.

Nesse sentido, pensar a doença como também o cuidado e a saúde pelo olhar hermenêutico, como *Dasein* que somos entregues à existência, é resgatar a doença em seu valor positivo, como estruturante da saúde e da vida. Num mundo de variáveis dicotômicas, no qual doença é medida contrária à saúde, da mesma forma que a tristeza é medida contrária à alegria e o sofrimento é medido contrário à felicidade, os modos ideais são mais expectativas de controle sobre as situações impostas que uma tentativa de agir diante do que se tem em mãos. Isso é bem presente na medicina de base puramente

técnico-instrumental, vinculada ao consumo e à promessa de bem estar instantâneo, através de um comprimido, uma cirurgia plástica, a retirada de órgão com defeito, uma sessão de rádio, na qual a cura é reduzida à cessação dos sintomas. Nessa perspectiva, saúde está vinculada à mecânica do corpo, completamente divorciada da vida em sua dimensão ampla, perspectiva que precisa ser rompida na busca de paradigmas holísticos e conciliadores entre o ser humano e a vida prática. Assim, falar em saúde é também falar na saúde na dor, no sofrimento e na morte, e não apenas na felicidade. Os “cuidadores” de nosso tempo não podem perder de vista esses desafios, podendo a hermenêutica se constituir como boa ferramenta, não só para construção de nova *episteme*, mas, sobretudo, para a construção de novos *Ethos* do cuidado.

O cuidador hermeneuta

A idéia central desse texto se constitui na hipótese de que a hermenêutica filosófica pode ser um caminho de crítica e complementaridade ao paradigma cartesiano que domina o modelo biomédico no sentido de enfrentamento de seus principais problemas epistêmicos e éticos. Num contexto de crise de confiança com relação às políticas hegemônicas dentro da saúde, defendemos a urgência do que chamamos aqui de “o cuidador hermeneuta”, capaz de desenvolver formas dialógicas, compreensivas, éticas e responsáveis de interação e cuidado, capaz de resgatar a totalidade vital dos fenômenos que envolvem saúde e doença, para além do reducionismo físico-químico e mecanicista. Desse modo, não se trata de apresentar outra verdade objetiva, pretensiosamente absoluta. O que se propõe aqui é não um ponto de chegada, mais um ponto de partida que possa construir novos caminhos, como também, lembrando das idéias do educador pernambucano Paulo Freire (2005), a conscientização e novos jeitos de caminhar.

O ponto fundamental na crítica ao cartesianismo e, por extensão, ao modelo biomédico, não está na inverdade de seus enunciados, e sim, justamente na pretensão de se colocar como único caminho na construção de verdades com relação ao fenômeno do adoecimento, e fazer perder aspectos essenciais do que seja o processo saúde-doença. Toda forma de estruturação de

enunciados absolutos dentro de um modelo lógico fechado, como já discutido, traz consigo cegueiras - pois apenas se vê o que convém, o que está pré-traçado nas hipóteses anteriores e no modelo de validação do conhecimento aceito – e traz a impossibilidade de diálogo de saberes. Essa postura gera uma perda, na qual a realidade está presa ao que se apresenta objetivo “visualmente”, não sendo possível outras perspectivas de compreensão, e abertura de horizontes, e assim formas alternativas de intervenção. Além da alteridade perdida pelo modelo biomédico, a modernidade produziu, na construção de estratégias de heteronomia e artificialismo dos processos vitais, um estranhamento e até uma desconfiança com a relação aos processos vitais autônomos, numa troca quase total da homeostase (regulação natural da vida) pelo controle técnico instrumental da medicina (ILLICH, 1975).

A idéia de possibilidade de controle sobre os processos vitais não só transformou a medicina em um Olimpo, legislando sobre a vida e a morte, mas sobretudo na busca de uma analgesia da vida; gerou na sociedade uma insuportabilidade em relação à existência nua, através da fuga exagerada da dor e do sofrimento. Isso é tão marcante que, hoje em dia, além da pressão da medicina obstétrica, é cada vez mais incomum no Brasil uma mulher que opte ou reivindique o parto normal e em casa, como também se constata no aumento do uso abusivo de drogas antidepressivas ou ansiolíticas. Nesse sentido, a medicina moderna se efetiva na sociedade tecnológica a partir da promessa de um poder sobre a vida contra o poder da vida (ORTEGA, 2004).

No surgimento de cuidadores intérpretes do diálogo com a vida e a natureza ou, também, de uma sociedade cuidadora, é fundamental resgatar o que ficou perdido no percurso de construção da hegemonia do modelo biomédico. Nesse sentido, a dimensão da saúde, do adoecer e da morte enquanto instância da vida dos sujeitos, mutilada pelo modelo convencional, precisa ser reinserida na pauta reflexiva e política da sociedade, de modo a superar os problemas gerados por tal perspectiva. Se não há como separar o chamado processo saúde-doença da vida como experiência totalizante da existência, não se pode reduzir a experiência da saúde, do adoecimento e do cuidado à experiência objetiva, já que na vida não está em jogo apenas sintomas e a busca da cura, mas o reencontro com a própria vida. Ter saúde, adoecer

e ser cuidado mobiliza relações em níveis de compreensão que vão além da instância técnica instrumental, já que aqui estão em jogo dor, sofrimento, perdas, angústias, expectativas, confiança, vínculo, responsabilização, medos e poderes, transformando a experiência do adoecimento numa experiência fundamentalmente existencial.

A experiência da doença, pelo seu princípio de não-objetificabilidade presente em qualquer experiência, é indissociável da vida dos sujeitos, questionando a estruturação de recortes e o risco de se perder a dimensão do conjunto. Essa totalidade entre a doença e a existência da pessoa que sofre, embora não esteja presente na maioria das intervenções médicas guiadas pela racionalidade instrumental, ainda persiste em comunidades tradicionais, perceptível nas interações que surgem em volta das estruturas de cuidado que se formam em torno das pessoas adoecidas. O adoecer, nessas comunidades, é um acontecimento que mobiliza familiares, amigos e vizinhos, no sentido não apenas de produção de cura, mas da troca de palavras, gestos, toques e favores que vão além do viés utilitarista; produz vínculos, ressignificações do conviver em comunidade e laços de solidariedade, já que no cerne da *responsabilidade de raiz*, cuidar de um é também cuidar de todos e de si mesmo (MARTINS, 2003). Nesse instante, há a possibilidade de um compartilhamento de mundo e de experiência, já que enquanto membros de uma mesma comunidade, esta comunidade também é lingüística, significativa, compartilhando a mesma racionalidade, o que permite antes de mais nada a confiança, a expectativa de ser compreendido pelo outro de forma ampla, pois mais do que paciente, o doente é pai, filho, avô, tio, amigo, vizinho, ou comunitário. O cuidado em comunidade é cercado de simbologia, na qual ordena o mundo, o agir, o sentir e o conviver, fazendo da experiência de cuidar e ser cuidado - embora singular para cada um - um dispositivo de afetamento conjunto, valorando a vida de todos os atores envolvidos, possibilitando a abertura do horizonte de consciência em que a experiência dos “mais vividos” é instrumento para suportar os limites impostos pela situação de sofrimento. Essa dimensão do cuidado fundada na tradição não pode ser ignorada por quem pretende ser profissional de saúde.

Ajudar outrem a suportar a dor, a enfrentar os desafios impostos pela doença, a se conformar com as perdas e construir novas possibilidades de ser, como também a assumir e se responsabilizar com as escolhas, são instrumentos de cuidado (que vão além de técnicas, remédios e modelos terapêuticos) que o fundamentam em ato dialógico. Este cenário é possível apenas no espaço de diálogo e abertura, fazendo do cuidado unidade não separada do cotidiano e da vida significativa, nem da pessoa que cuida, nem da pessoa que é cuidada. Assim, o cuidador (hermeneuta), mais do que dominar instrumentos ou técnicas terapêuticas, precisa ampliar sua capacidade enquanto pedagogo, não como professor da educação formal que oferece verdades prontas, estruturadas e externas, mas, pelo contrário, sendo um facilitador de processos de compreensão local, ajudando a pessoa que sofre a percorrer o caminho que somente ela pode percorrer, já que a experiência do cuidado é autêntica e singular, como toda experiência. Nessa relação entre a pessoa que cuida e a pessoa que é cuidada, semelhante à existente entre educador e educando, amplia-se tanto a compreensão da própria doença e da própria vida pela pessoa que é cuidada, como amplia-se a compreensão do significado do que é cuidar pela pessoa que cuida, alargando os horizontes de compreensão dos dois atores envolvidos. Dessa forma, um diploma pode ser um meio, mas não garante a formação de um cuidador autêntico, já que necessariamente precisará tanto experimentar o ser no cuidado, como estar aberto para ampliar a compreensão, estando desarmado para o processo de aprendizado, numa roda pedagógica sempre renovada.

A pessoa que cuida tem a missão de facilitar os caminhos para os passos da pessoa que é cuidada, para que esta amplie sua compreensão da vida em sua totalidade, pois, como disse Leloup (2000, p-9), a “única dor insuportável é aquela que não compreendemos”. Sendo a doença uma quebra no estado entre o ser e a vida que se leva, a saúde, reestabelecida através do cuidado, deve ser direcionada para a reconciliação do sujeito com a situação que se experimenta, para uma nova familiaridade com a vida. Nesse sentido, já que estamos falando em processo de compreensão, a linguagem torna-se protagonista na experiência do cuidado, através do estabelecimento do diálogo entre a pessoa que cuida e a pessoa cuidada, para que esta última consiga reestabelecer o

diálogo com o mundo (GADAMER, 2006). Contudo, como já foi dito, essa quebra entre mundo e sujeito, representada pela doença, não é a doença em si, mas uma revelação a partir dela; por isso mesmo a doença guarda essa potência como alerta de algo errado, processual, silencioso, que apenas surge com a percepção da não mais capacidade de dialogar com o mundo que se vive. Isso vale preponderantemente para o lidar com a saúde mental.

Nesse sentido, cuidado e doença são dispositivos pedagógicos que possibilitam encontrar formas mais amplas de diálogo com o mundo, facilitado pelo cuidador. O cuidador hermenêuta, ao estabelecer um processo de cuidado, precisa dimensionar a perda progressiva da capacidade de diálogo entre doente e vida vivida, pois o doente pode alimentar no processo patológico representações não próprias de si e do mundo, impedindo-o de se relacionar com a realidade (GADAMER, 2000). O que leva o doente a procurar ajuda, e com isso o cuidado, é a insuportável dor em relação à cisão com suas instâncias de manutenção e diálogo com vida. O cuidador hermenêuta, nesse caso, além do conjunto de técnicas, instrumentos e medidas que disponibiliza e domina, precisa se valer de sua capacidade alargada de observação, e de diálogo entre ele e o doente, já que não há cuidado sem diálogo, não há cuidado sem alteridade na forma de confiança e abertura para o outro. A capacidade de diálogo é um aprendizado apenas desenvolvido a partir da experiência do cuidado, pois não pode ser reduzida a um conhecimento conceitual. Nesse caminho, para a conquista de um diálogo profundo entre cuidador e a pessoa cuidada, é preciso dimensionar não apenas o pronunciável, mas também (e às vezes principalmente) o não dito, o silêncio que sempre transborda sentidos que não se rendem à primeira vista. Num mundo onde o silêncio está sendo expulso, já que a hegemonia está justamente no fazer falar, o diálogo forçado se confunde com o diálogo autêntico, na qual a anamnese é o bom exemplo disso, e em que a doença é muitas vezes forçosamente obrigada a dizer, a pronunciar sua verdade, de forma a se permitir a domesticação da doença pelo terapeuta e pela taxonomia prévia. Isto não é diálogo.

O diálogo nos permite compartilhar o mundo do outro, e assim, ou o cuidador se abre ao mundo da pessoa cuidada, compreendendo suas formas de interpretação do vivido, ou correrá o risco de não ter sucesso na terapêutica,

já que não mobilizará no doente à reordenação da capacidade compreensiva de seu “mal”, e com isso, dele próprio no mundo, tornando a prática do cuidador restrita ao mundo mutilado dos sintomas. O reordenamento do mundo do paciente começa no seu mundo e não no mundo do terapeuta e das fórmulas prévias; nesse sentido, o cuidador precisa não só compreender a dimensão existencial da doença, como compreender como ela está ordenada no mundo do doente, para então disparar processos de abertura para outras possibilidades de reorganização que possam reestabelecer o diálogo entre sujeito e mundo.

O cuidador nesse percurso do cuidado precisa manter, para o estabelecimento do diálogo, a postura de abertura, cultivando sempre uma desconfiança em relação a seu arsenal terapêutico, para que novas possibilidades de cuidado possam se manifestar de maneira autêntica e coerente com os sujeitos envolvidos no cuidado. Quanto mais certezas estruturadas em relação ao que é doença, doente, e o que deve ser feito, mais a ação do cuidador vai ser restrita a determinados processos de cuidado, presos ao entendimento do terapeuta. Isso nos remete a repensar o processo de formação de cuidadores que vá além de apreensão cognitiva e repetição de pesquisas já feitas, de saber-conhecer ou saber-fazer, mas sobretudo vai demandar uma educação da vida e na vida, fazendo do próprio ato de cuidado um dispositivo para sua educação permanente.

Nesse sentido, o diálogo no processo de cuidado não pode ser guiado pela negociação, onde há fins pré-estabelecidos e estruturados, mas, pelo contrário, deve ser guiado para a ampliação da compreensão do ser no cuidado. Para vislumbrar a abertura e a ampliação de possibilidades de ser no cuidado, o cuidador deve se valer de leituras, técnicas e formas de compreensão amplas, no sentido de apoio terapêutico. Por isso, além de técnicas positivas, o cuidador hermenêuta pode mobilizar, para garantir um maior sucesso do cuidado, formas de abordagem amplas como a poeticidade, a estética, a arte, a corporeidade e a espiritualidade, a depender de cada contexto. Além claro do aprendizado de terapêuticas naturais, das tradições de cura, e como bem aplicá-las.

Para isso, o cuidador precisa, ele próprio, ser aberto e construir uma compreensão ampla de mundo, amplas formas de abordagem e capacidade de diálogo, pois senão, em vez de possibilidades terapêuticas, o cuidador se tornará também um agente patológico, já que, sem a dimensão de perspectivas de reorientação do mundo, alimentará a própria doença e as representações patológicas do paciente, encobertas pela cessação dos sintomas visíveis. Não há possibilidade de cuidado entre um médico que insiste em estruturar, na conversa com um paciente, apenas uma representação técnica instrumental da doença se este tem seu mundo estruturado pela religiosidade, por exemplo.

O “dever ser” do cuidado reivindicado aqui, embora possua uma estética própria, não possui estrutura objetiva fechada, pois é dinâmica, autêntica e singular. O bem viver ou a saúde precisa se fundar na ampliação da capacidade de familiaridade com a vida, em seu mundo de possibilidades e limitações que compõem a dinâmica da existência, e não na fuga em torno de estruturas terapêuticas restritas, que não enxerga nada a mais que seus fins pré-moldados tecnologicamente e restritamente. É preciso aprender a viver, aprendendo mais do que conhecimentos e fazeres, mas, sobretudo, aprender a ser e a conviver, transformando o processo de cuidado num dispositivo de formação humana, facilitando o surgimento de pessoas não apenas saudáveis na aparência, mas também éticas e com inserção na vida, *responsáveis na raiz*, reivindicando a dimensão política (*polis*) do significado de ser saudável.

Em vista de tudo isso, ao fazer aqui a defesa do uso do termo *cuidador hermeneuta e fenômeno do cuidado* não é no sentido de criar uma prática profissional nova e específica, imbuída de técnicas e instrumentos próprios, mas de provocar reflexões para o surgimento e fortalecimento de sujeitos cuidadores do mundo, não apenas entre os chamados profissionais de saúde, como também no sentido de construção de uma sociedade cuidadora. Os cuidadores hermeneutas já estão dispersos no mundo e não necessariamente encerrados no setor saúde, presentes em volta do fenômeno do cuidado nos seios familiares, nas comunidades, nos bairros, nas tribos, nas escolas, nos sindicatos, nos assentamentos, nas conversas de bar e, inclusive, nos hospitais, nas mesas de cirurgia e nas consultas. O cuidador hermeneuta está a serviço do fortalecimento ético do mundo, fortalecendo a alteridade,

a emancipação dos sujeitos, o encontro e o conviver em suas faces ancoradas no amor e na solidariedade, entendendo saúde como um sentido, uma *Areté*, uma excelência que se expressa não num estado de variáveis, mas nos modos de ser aí no mundo, no conjunto de *virtudes*, que através da compreensão profunda da vida, se reverterem em posturas mais próprias diante dos mistérios e ocultamentos da existência. Nesse sentido, acreditamos que a hermenêutica filosófica é um dispositivo importante para formação de sujeitos no cuidado, através de sua discussão em torno da experiência da linguagem e linguagem da experiência como potência e possibilidade na formação de sujeitos saudáveis, como também na defesa da ética e da alteridade dentro e fora da saúde.

Considerações finais

Concluimos aqui sob a provocação da impossibilidade de fechamento, já que se de um lado, o tema aqui apresentado possui complexidade suficiente para não se esgotar num artigo, e, por outro (na própria perspectiva da hermenêutica) não é pretensão nossa tornar este estudo ponto de chegada, e sim ponto de partida no amadurecimento em torno da superação dos problemas vividos pela nossa sociedade adoentada, e mais especificamente, pelo setor saúde. Problemas esses que obscurecem o desvelamento de perspectivas mais amplas de cuidado, pois no foco em fins e instrumentos, produzem tanto um esquecimento, como a não abertura para se compreender sistemicamente o que significa saúde, doença, felicidade, sofrimento, morte e vida.

Para a hermenêutica, todo objeto é temporal e significativo, de forma que toda verdade sobre algo sempre encobrirá outras verdades sobre este mesmo algo. Sabendo que há algo que sempre escapa na produção de verdade sobre um objeto como a saúde, é preciso desenvolver criticidade e abertura para o diálogo, entendendo que diante de um objeto tão arredo e disposto no mundo da vida como é o caso da saúde, o saber científico é apenas mais um, e nem sempre apropriado. As comunidades guardam consigo formas de verdades e estratégias de cuidado que podem mobilizar significados coerentes com o mundo do sujeito que sofre, além de produzir

responsabilização, amorosidade e vínculos, coisas que sob as estruturas rígidas da medicina cartesiana não seriam possível florescer. Para Radley (*in* TRAVERSO-YÉPEZ, 2007) “as formas como as pessoas percebem sua saúde e os meios como cuidam dela são tão diversas quanto as diferentes formas de significar e experimentar a vida”.

A dificuldade de se lidar com a saúde de forma ampliada, de muitos profissionais do setor, reside no fato da crença cega em certezas absolutas prontas do modelo, guiado pelo racionalismo científico moderno, marca maior de nossa formação acadêmica; reside também no profissional que visa apenas dinheiro e *status* social. Essa postura diante do mundo leva ao reducionismo, à simplificação dos processos, à busca de causalidades simples e à previsibilidade redutora, no sentido de estruturar uma matriz calculável, pretensamente segura e controlável. O efeito deletério e iatrogênico da medicina, e o estado alarmante da saúde das populações e do meio ambiente é um exemplo claro desse não-controle e dos fracassos expostos. A saúde possui uma natureza complexa, arredia, temporal, significativa, pessoal, subjetiva, estética, econômica, processual, formativa, o que a torna um lugar de convergência de opiniões, “verdades”, sentimentos, discursos e experimentações. De forma que qualquer intervenção, conceituação ou posicionamento fechados tornam-se por demais simplificadores, se não se leva em consideração sua complexidade.

No mundo da vida - no cotidiano das pessoas, das comunidades e instituições - a realidade não opera de forma organizada e lógica, e além disso, a realidade se apresenta de forma temporal. Para dar conta desse mundo, cheio de vitalidade, é preciso uma atitude crítica com relação a saberes pré-concebidos e com certos interesses, como também uma postura compreensiva e dialógica com outras formas de produção e apreensão de verdades. Uma abertura para outras formas de se lidar com o cuidado, como também a compreensão de que o mundo também é mundo de significados pode fazer com que a realidade passe de um arcabouço estático e morto para um ambiente dinâmico, passível de diálogos e ressignificações. Desconfiar de nossas matrizes conceituais técnicas é abrir-se ao exercício de alteridade e de aceitação do outro, como também, sendo receptivo para o olhar e as

práticas dos diversos sujeitos reais, é construir na saúde e no cuidado lugares de possibilidades eficientes e ao mesmo tempo criativas, éticas e solidárias.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, C. L. S. *Hermenêutica filosófica: nas trilhas de Hans-georg Gadamer*. Porto Alegre: Edipucrs, 2000.

AYRES, J.R.C.M. *Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde*. In: CAMPOS, G. et al. (org). *Tratado de saúde coletiva*. RJ: HUCITEC, 2007.

AYRES, J.R.C.M. *Care and reconstruction in healthcare practices*, Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev.2004.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do ser humano-compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 19. ed., 2008.

BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. RJ: Graal, 4º ed., 2004.

BOTSARIS, A. *Sem anestesia – desabafo de um médico*. RJ: Objetiva, 2001.

BUBER, M. *Eu e Tu*. Curitiba: Centauro, 2008.

BURNS, E. *História da civilização ocidental*. RJ: Globo, 2008.

CANGUILHEM, G.. *O Normal e o Patológico*. RJ: Forense Universitária, 2. ed., 1982.

CAPRA, F. *O ponto de mutação*. SP: CULTRIX, 1982.

COLEMAN, Vernon. *Como impedir seu médico de o matar*. Lisboa: Livros do Brasil, 2000.

DESCARTES, R. *Discours de la méthode*. Paris: Flammarion, 2000.

DONNANGELO, M. C & PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. SP: Duas Cidades, 2ºed, 1979.

FONTES, Olney. *Educação biomédica em transição conceitual*. SP: Unimep, 1999.

- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. SP: Graal, 19º ed., 2004.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. RJ: Forense Universitária, 6º ed., 2004.
- FOUCAULT, M. *Segurança, território e população*. SP: Martins Fontes, 2008.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. RJ: Paz e terra, 41º ed., 2005
- GADAMER, G. *Verdade e Método*. Petrópolis: Vozes, 2008.
- GADAMER, G. *O caráter oculto da saúde*. Petrópolis: Vozes, 2006.
- GADAMER, G. *Homem e linguagem*. In: ALMEIDA, C. L. S. *Hermenêutica filosófica: nas trilhas de Hans-georg Gadamer*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000
- GADAMER, G. *A incapacidade para o diálogo*. In: ALMEIDA, C. L. S. *Hermenêutica filosófica: nas trilhas de Hans-georg Gadamer*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000.
- GONZALES, A. Peribanez. *Lugar de médico é na cozinha*. RJ: Alaúde, 2006.
- GRUPI, L. *Tudo começou com Maquiavel*. Porto Alegre: L&PM Editores, 1996.
- ILLICH, I. *A expropriação da saúde. Nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- LAPLANTINE, F. *Antropologia da saúde*. SP: Martins Fontes, 2004
- LELOUP, J-I. *Cuidar do ser: Filon e os terapeutas de Alexandria*. Petrópolis: Vozes, 5º ed., 2000.
- LUZ, M. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. São Paulo: HUCITEC, 2º ed. 2004.
- MARTINS, P. H. *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Petrópolis: Vozes, 2003
- NIETZSCHE, F. *Assim falou Zaratustra*. SP: Martin Claret, 2001.
- ORTEGA, F. *The biopolitics of health: reflections on Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt*, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.8, n.14, p.9-20, set.2003-fev.2004.

PELIZZOLI, M.L. (org.) *Os caminhos para a saúde – integração mente e corpo*. Petrópolis: Vozes, 2010.

PELIZZOLI, M.L. (org.) *Bioética como novo paradigma*. Petrópolis: Vozes 2007.

PELIZZOLI, M.L. *A emergência do paradigma ecológico*. Petrópolis: Vozes, 1999.

PELIZZOLI, M.L. *Homo ecologicus - ética, educação e práticas vitais*. Caxias do Sul: EDUCS, 2011.

PELIZZOLI, M.L. *O eu e a diferença*. Porto Alegre: Edipucrs, 2002.

PELIZZOLI, M.L. *Correntes da ética ambiental*. Petrópolis: Vozes, 2003.

PELIZZOLI, M.L. *Levinas: a reconstrução da subjetividade*. Porto Alegre: Edipucrs, 2002a.

PETERS, M. *Pós-estruturalismo e filosofia da diferença*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

RIVERA, F.J.U. *Agir Comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico*. RJ: Fiocruz, 1991.

ROHDEN, L. *Hermenêutica filosófica*. São Leopoldo: UNISINOS, 2002.

ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. SP: HUCITEC, 1994.

SCHRAIBER, L. B. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em Medicina. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.1, n.1, p.123-38, 1997.

SERVAN-SCHREIBER, D. *Curar*. SP: Sá, 2004.

TENNER, E. *A vingança da tecnologia*. RJ: Campus, 1997.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.A. *Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional*. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.11, n.22, p.223-38, mai/ago 2007.

A Ciência Médica - um modelo obsoleto ?

Alexandros Botsaris"

Discutir a qualidade da medicina e identificar seus equívocos é um enorme desafio que não pode ser feito apenas por uma pessoa. Por isso, após a morte do meu filho numa UTI infantil, causada por iatrogenia¹², minha cabeça começou a ficar cheia de questionamentos, idéias novas e percepções de problemas estratégicos da medicina; fiquei um pouco sem saber o que fazer. Eu comecei a conversar com alguns colegas, e a fazer anotações à noite, quando chegava em casa. Mas em vez de serenar meu íntimo, isso só fez fervilhar mais ainda o desejo de investigar melhor os problemas que acreditava estarem acontecendo. Portanto decidi que precisava definir um começo para o trabalho, e esse começo foi investigar materiais que fundamentassem essas idéias e questionamentos. Afinal, pensei, quem sou eu, pobre médico da América Latina para desafiar os fortes dogmas da ciência médica propostos por cientistas do primeiro mundo? Tem que haver alguém, em algum lugar, que pense como eu.

Por isso comecei meu trabalho de formiguinha. Juntei tudo aquilo que podia identificar os problemas que eu estava investigando. E foi bom descobrir que eu não estava só; outros pesquisadores haviam feito perguntas

11 Alex Botsaris é médico, especializado em doenças infecciosas pelo Hospital Claude Bernard, de Paris, e em acupuntura e medicina chinesa pela Sociedade Internacional de Acupuntura, na França, e pela Universidade de Pequim, na China. É ex-presidente do Instituto Brasileiro de Plantas Medicinais (IBPM), consultor nas áreas de saúde e biodiversidade da Natura e de plantas medicinais na SES/RJ. É, também, autor de artigos científicos e dos livros: *Sem Anestesia* (o desabafo de um médico), *Como prevenir e tratar o câncer com medicina natural*, *O Complexo de Atlas*, *Medicina Complementar - vantagens e questionamentos sobre as terapias não-convencionais*, *Fórmulas mágicas*, *Complexo de Atlas*, *Doce vó da juventude*, *Medicina doce - arte e ciência da cura*, e outros.

12 Iatrogenia é o distúrbio que é causado pelo médico e o tratamento que ele instituiu, popularmente chamada de "erro médico". Veja tb. www.erromedico.org

que estou fazendo e que ainda estão sem resposta, e apontavam problemas que também identifiquei. Juntando todo esse material, escrevi um livro chamado *Sem Anestesia: o desabafo e um médico* (Editora Objetiva), onde coloco meus questionamentos sobre a medicina, junto com uma parte do material que consegui obter em minhas pesquisas. Esse longo texto que ora apresento ao leitor é um resumo desse material.

A estrutura do conhecimento médico

A medicina é uma ciência que resultou da união de *conhecimentos empíricos, aspectos culturais e a contribuição de diversas ciências*. É interessante notar como seus conceitos são de natureza heterogênea, e a sua diversidade de origem. É quase como um “saco de gatos”, e a dificuldade é criar um sistema gerenciador para lidar com essa miscelânea conceitual. Conhecer bem essa heterogeneidade é fundamental para que possamos discutir seus outros aspectos e entender seus erros estratégicos.

Conhecimentos empíricos são aqueles que não possuem uma comprovação científica. Diversas técnicas utilizadas na medicina derivaram de conhecimentos empíricos gerados pelo processo cultural. Por exemplo, a vacinação contra varíola, que foi ‘inventada’ por Edward Jenner (1749-1823), na realidade era uma prática conhecida das populações rurais de Glouchester, assim como em outros locais da Europa. Há algum tempo as pessoas que trabalhavam com o gado haviam percebido que quem se infectava com o vírus da vacina não contraía varíola. Jenner, que havia adquirido uma propriedade rural na região, ficou sabendo, por meio de uma ordenhadora de vacas, que ela não temia a varíola pois já tinha se infectado com a sua congênere bovina. Jenner então colheu um raspado das lesões bovinas e demonstrou no meio médico londrino seu achado, inoculando-o em si e em seus familiares, e mostrando a resistência da família à varíola. Apesar de posteriormente ter sua eficácia comprovada cientificamente, esse foi um conhecimento de origem leiga. Muitas outras práticas da medicina derivaram de conhecimento leigo e empírico. Um exemplo é a cirurgia. Durante muitos anos ela foi sendo desenvolvida por barbeiros, os ‘barbeiros cirurgiões’. Eles drenavam abscessos, retiravam cistos e outras coisas simples.

Os médicos da época limitavam-se a fazer as amputações, cuja origem também era empírica. Até meados da década de 40 a maior parte dos conhecimentos utilizados na medicina eram empíricos ou gerados por aproveitamento do empirismo. Até hoje, técnicas empíricas são introduzidas na medicina ou no contexto cultural, para depois serem comprovadas cientificamente, como é o caso da acupuntura.

Na realidade, a prática da medicina é recheada de empirismo. Quando um médico prescreve um medicamento, ele não sabe se o paciente vai reagir bem ou se vai ter um efeito colateral grave. O médico trabalha por tentativas. Ele administra o medicamento, mas ele não tem certeza como aquela doença vai evoluir. Fazer prognósticos precisos em medicina, às vezes, é quase impossível. E, por outro lado, é bastante provável que nunca venhamos a eliminar completamente o empirismo da medicina, por mais que a ciência avance, porque a complexidade e a dependência sensível das condições iniciais na medicina são muito grandes.

Processo cultural: A medicina, antes de ser ciência, é uma função social necessária dentro do contexto organizacional dos grupos culturais. Ou seja, desde que o homem vem se organizando socialmente, há necessidade de que um indivíduo, ou uma instituição, assuma a função de assistir as pessoas que perdem a saúde, auxiliando-os a lidar com a doença, a dor ou a incapacidade de alguma forma. Por isso, virtualmente, quase todos grupos culturais, atuais ou antigos, desenvolvidos ou primitivos, possuem um sistema médico qualquer. É comum, nos sistemas primitivos, que uma mesma pessoa acumule as funções de líder religioso e representante do sistema médico, confundindo essas duas funções essenciais à organização social, como é o caso dos xamãs, dos pajés das nossas tribos indígenas, dos druidas das civilizações antigas da Europa, e dos curandeiros e feiticeiros das tribos africanas e da Oceania. Esse vínculo de líder religioso e representante médico vem da relação da morte com a saúde e da atribuição divina dos poderes da cura. Sociedades mais avançadas e organizadas, como os chineses, os indianos, os judeus, os persas, os gregos e os romanos, já possuíam uma função de médico distinta da atividade religiosa. É interessante também constatar que, mesmo na

atualidade, em grupos socialmente desassistidos, que não têm acesso ao sistema de saúde, algum membro do grupo assume essa função. Temos nessa função os raizeiros, as rezadeiras, e os representantes de algumas religiões, como o espiritismo e a umbanda, etc. É possível concluir, que antes de ser uma ciência, a medicina possui uma origem *simbólica*, como uma função que visa suprir uma necessidade que brota do inconsciente coletivo da humanidade.

Portanto, sempre que temos um médico atendendo um paciente, estabelece-se um contexto simbólico que transcende a questão científica. Isso dá à atividade médica uma dimensão e uma responsabilidade humana que só pode ser comparada à relação que se forma num confessionário. Não só o paciente se despe frente ao médico, como também regride emocionalmente. Ele necessita do auxílio de uma força ‘sobrenatural’ para vencer o obstáculo aparentemente intransponível formado pela doença. Por isso, no momento em que se estabelece a relação médico-paciente, surge um universo paralelo, formado pelo contexto simbólico desses dois protagonistas, que é extremamente amplo. É como se cada xamã, cada pajé, cada druida, enfim, todo contexto simbólico da atividade médica, associado a todo conhecimento científico e tecnológico, estivesse presente na frente do paciente no instante da consulta, sintetizado na figura do médico.

Esse processo cultural teve como resultado o conhecimento empírico, que por sua vez foi a base para o conhecimento científico. Quando um paciente ingere um comprimido de digoxina, para tratamento de sua insuficiência cardíaca, todas as fases dessa complexa interação estão presentes. O processo cultural nas populações da Europa na antiguidade se estruturou em torno dos druidas que detinham a responsabilidade dos rituais médicos e religiosos das aldeias. O sistema dos druidas acumulou um conhecimento no qual a dedaleira (*Digitalis purpurea*) era usada para um contexto de fadiga, falta de ar e edema. Um médico aprendeu esse uso com uma curandeira que, por sua vez, herdara-o do conhecimento empírico do sistema dos druidas. O médico verificou a eficácia da dedaleira e levou a planta para estudo. Os estudos isolaram os glicosídeos cardiotônicos, inclusive a digoxina. A digoxina

transformou-se numa das principais drogas usadas na insuficiência cardíaca, até os dias de hoje.

Por fim, uma outra forma de encarar o processo cultural é através do arcabouço simbólico e conceitual que ele proporciona aos indivíduos, que no final das contas poderão se transformar em pacientes. Esse arcabouço conceitual e simbólico é que vai determinar a relação dos indivíduos com o sistema médico. É o processo cultural que determina como as pessoas interpretam a morte, a doença e os diferentes tratamentos. O médico também faz parte desse sistema e sua atuação, e mesmo a própria evolução científica e tecnológica do sistema, depende do arcabouço conceitual e simbólico.

O *conhecimento científico* da medicina moderna começou a se formar no final do século XVIII através da incorporação do método científico clássico, de hipótese, experimentação e comprovação. No século XX, com a introdução da estatística e outras sofisticações, a medicina teve um enorme avanço tecnológico. Na formação do conhecimento científico da medicina atual temos um incrível mosaico de diferentes áreas do conhecimento. Temos a biologia, a anatomia, a química orgânica, a farmacologia, a genética, a psicologia, e a fisiologia, que surgiu como aquela ciência gerada pela união de todas as outras. A fisiologia trouxe novos conhecimentos para o cenário da medicina: os conhecimentos de hidrodinâmica foram utilizados para descrever as funções do sistema cardiovascular, os conhecimentos da dinâmica dos gases auxiliaram a entender a fisiologia do pulmão, os conhecimentos da física dos sólidos em solução auxiliou a criar a biofísica. Mas havia também necessidade de entender a doença, e esse conhecimento derivou na **patologia**, ciência materialista e descritiva que detalha as lesões orgânicas. Da patologia derivou a fisiopatologia, cujo objetivo é explicar o funcionamento errado do corpo, que gera doença, e a *etiologia*, que investiga a causa dessas doenças.

Mais recentemente houve uma grande agregação de conhecimentos na medicina, de áreas ainda mais variadas. Na área dos exames de imagem, são empregados conceitos de engenharia, informática e até da física quântica, na área de próteses, são empregados conhecimentos de metalurgia, inovações da tecnologia dos plásticos, conhecimentos de eletricidade e eletrônica

são necessários para a realização de exames e tratamentos que vão do eletrocardiograma ao mapeamento cerebral. Técnicas de biotecnologia em genética, endoscopia, cirurgia endoscópica e laparoscópica, órgãos artificiais ou transplantados, microcirurgia, cirurgias empregando *laser*, e assim por diante. Essa multiplicidade de conhecimentos e agregação de técnicas dá à medicina um perfil único entre as ciências, e é uma das razões pela qual proponho que deva ter uma abordagem diferenciada

As bases da ciência médica

A ciência médica moderna identifica seu início na escola hipocrática, na Grécia Antiga. A escola hipocrática foi criada por Hipócrates, famoso médico grego e considerado o pai da medicina. Hipócrates também foi filósofo, tendo conhecido grandes pensadores da antiguidade como Demócrito, o criador do conceito de átomo como constituinte básico da matéria. Hipócrates nasceu em 460 a.C. na ilha de Cós, e faleceu em 370 a.C. em Tessália. Segundo Platão, Hipócrates era descendente de Asclépio, famoso médico e figura mítica da antiguidade e citado na *Iliáda*, do lado paterno, e de Herades, pelo lado materno. Ele estudou medicina num templo dedicado a Asclépio, em Cós, formando um grupo chamado de *Asclepiadae* (filhos de *Asclepias*). Hipócrates viajou muito, tendo clinicado e ensinado medicina em Atenas, na Trácia, em Delos, e na Tessália. A influência de Hipócrates criou a escola hipocrática em Cós, onde despontaram outros nomes da medicina grega como Crisipos e Praxágoras. Muitos autores atribuem parte do trabalho de Hipócrates a esses médicos, assim como a outros de seus alunos. A obra de Hipócrates está compilada numa série de volumes conhecidos como a Coleção Hipocrática (*Corpus Hippocraticum*), que foi feita por Ptolomei, general das tropas de Alexandre o grande, e guardado na biblioteca de Alexandria. A Coleção Hipocrática compreende também outros escritos feitos posteriormente por autores diversos, formando algo entre 70 e 100 volumes, dependendo da organização feita nos trabalhos. No seu trabalho, Hipócrates faz descrições acuradas de várias doenças como epilepsia, febre amarela e gota, além de discorrer sobre exame físico, diagnóstico, cirurgia e ginecologia e obstetrícia.

Outros conceitos originalmente introduzidos por Hipócrates são os de doença mental e psicologia.

O trabalho de Hipócrates é citado até hoje em inúmeros textos médicos, como referência de acuidade diagnóstica, ética e raciocínio clínico. Contudo, uma análise mais detalhada do trabalho de Hipócrates mostra que suas idéias na questão filosófica, estratégica e conceitual da medicina são desconsideradas ou mal interpretadas. Hipócrates era um vitalista, ou seja, acreditava que a matéria viva possuía um diferencial, a energia vital, que proporciona aos seres vivos características especiais. Daí sua famosa descrição da face hipocrática (*Facies Hippocraticus*), correspondendo ao momento em que a energia vital está se extinguindo no corpo, usada até hoje pela medicina para caracterizar o aspecto do doente que está na eminência de falecer.

Hipócrates desenvolveu a teoria dos humores, fluidos que acumulados no corpo poderiam ser causadores de doença ou de sintomas, hoje vista como uma interpretação rudimentar da fisiologia corporal. Contudo, na verdade, a teoria dos humores é um sistema de relação, que guarda semelhanças, por exemplo com os sistemas de relação da medicina ayurvédica e da medicina chinesa. Esses sistemas de relação são utilizados para explicar a sintomatologia peculiar e individual dos pacientes, assim como as diferentes formas de reagir aos estímulos do meio ambiente. Hipócrates também desenvolveu o método hipocrático, uma proposta de raciocínio médico lógico, livre de influências religiosas, fundamental para que um diagnóstico fosse feito e um tratamento adequado pudesse ser instituído. O método hipocrático é incrivelmente atual, e consiste nos seguintes pontos principais:

Observar o todo: Segundo Hipócrates, a observação acurada e global do paciente é fundamental para que nenhum detalhe seja perdido. A observação incluía aguçar todos os sentidos (audição, visão, olfato, tato...) e observar com calma e repetidamente, anotando todas as impressões, para ter um quadro descrito em sua globalidade. A observação deveria perceber mesmo aquilo que o paciente omitisse ou não valorizasse. Mesmo que o paciente sofresse de um determinado órgão, todos seus aspectos, tais como sono, estado emocional, alimentação e hábitos intestinais deviam ser investigados.

O segundo aspecto desse ponto era entender todos os achados num contexto de globalidade. Isso permitiu a Hipócrates, por exemplo, a fazer uma famosa cura na Macedônia, de um rei diagnosticado como portador de uma doença consumptiva. Hipócrates, percebendo que se tratava de um problema emocional, usou técnicas de persuasão, introduziu nos diálogos as questões que atormentavam esse rei, e conseguiu seu pleno restabelecimento. Por isso Hipócrates se opunha à classificação das doenças segundo o órgão afetado, pois considerava que sempre o paciente adoecia como um todo e não como uma parte. A compartimentalização excessiva da medicina atual está causando a perda progressiva da visão global do paciente.

Estudar principalmente *o paciente e não a doença*: Hipócrates sustentava que cada caso é um caso. A manifestação da doença não dependia apenas de sua natureza, mas também da natureza do doente e de seus hábitos de vida. Para ele, isso explicava porque uma mesma doença podia evoluir de forma tão diferente em pacientes distintos. Esse ponto relaciona-se com a individualização dos tratamentos. Trata-se de outra base do método hipocrático que não é valorizado pela medicina convencional, excessivamente voltada para o conceito de doença.

Avaliar com fidedignidade: Muitos pacientes de Hipócrates faleceram. Mesmo assim seus casos foram relatados detalhadamente e o médico admitiu quando a terapêutica falhara. Segundo Hipócrates, a evolução do conhecimento, como também a instituição de novas estratégias de tratamento somente podia ocorrer se houvesse um relato fidedigno da resposta do paciente à terapêutica. A falta de mecanismos de avaliação da iatrogenia e da satisfação dos pacientes mostra, hoje, que a medicina tem sido pouco comprometida com esse objetivo.

Promover o equilíbrio natural: Segundo Hipócrates, a natureza tem uma tendência a buscar um equilíbrio natural. Na doença, os mecanismos patológicos bloqueariam a força de equilíbrio corporal. Portanto o papel da medicina seria estimular esse processo de busca do equilíbrio, assim como

evitar o fator causador da doença. Essa concepção de doença como ruptura do equilíbrio orgânico, vinculada ao tratamento voltado ao reequilíbrio do organismo é o mesmo conceito que encontramos nas medicinas tradicionais, como a medicina chinesa e a medicina ayurvédica por exemplo. Esse conceito, que é muito interessante, foi perdido como objetivo principal, no modelo da medicina convencional.

A discussão acima permite concluir que a medicina vem se afastando cada vez mais dos conceitos básicos do método proposto por Hipócrates. Até os pontos fundamentais do juramento de Hipócrates, prestado por todos os estudantes de medicina quando se formam, estão se perdendo. Vemos, cada vez com mais frequência, colegas médicos que parecem esquecer o juramento prestado e cometem os piores desvios éticos, comportam-se de forma mercantilista ou tornam-se frios e desumanos.

Cornelius Celso foi o médico mais expressivo da Roma antiga e influenciou muito a medicina da Europa Medieval. Celso nasceu em Verona, mas não existe o registro exato da data do seu nascimento, nem de sua morte. Versado em várias ciências, como agricultura, leis, filosofia e retórica, Celso escreveu o livro *Da Medicina*, primeiro tratado médico a ser editado após a invenção da imprensa por Guttemberg. O trabalho de Celso resultou da reunião da experiência de diversos médicos e de todos os escritos que conseguiu reunir nessa época. Algumas partes dos escritos de Celso chamam à atenção. Ele possui uma descrição detalhada de vários procedimentos cirúrgicos como amputações, hérnia escrotal, circuncisão e restauração do prepúcio, e sobre o tratamento de feridas profundas. Neste trabalho consta a primeira descrição de uma ligadura de vaso sangüíneo para estancar uma hemorragia.

Celso também fez contribuições na área da clínica. A primeira descrição dos quatro sinais clássicos da inflamação (*rubor et tumor cum calor et dolor*) foi feita em seu tratado e é atual até hoje. Celso possuía um rigor muito grande nas terapêuticas que aprovava. No seu tratado, recomenda apenas repouso ou exercícios, dieta, ventosas, massagens e cirurgia. Ele foi um severo crítico do uso da maioria das plantas medicinais e de encantamentos, pois considerava

a feitiçaria um método rudimentar e contrário à religião. O tratado *Da Medicina* foi redescoberto pela igreja católica após sua publicação em 1478, servindo como base para os conceitos que dominaram o pensamento médico até o século XVIII. Influenciado pelo médico grego Asclepiades, Celso rejeitava o conceito hipocrático que o corpo possui forças curativas naturais e acreditava que a cura dependia de uma intervenção do médico, como no caso de uma cirurgia. Esses conceitos exerceram influência sobre a medicina até hoje, sendo a semente da tendência intervencionista que predomina na medicina atual.

Contudo, o autor da antiguidade que mais influenciou a medicina e a farmacologia foi Galeno. Galeno era um homem vaidoso, autoritário, dogmático e crítico severo. Contudo, também possuía várias qualidades. Era um observador cuidadoso e detalhista, sua mente era criativa e cheia de idéias originais, e possuía um raciocínio rápido, sendo exímio debatedor. Galeno nasceu na cidade grega de Pérgamo em 129 d.C. Em sua educação básica ele conheceu as ciências naturais, a matemática a filosofia e geografia. Quando tinha 14 anos teve um sonho com Asclépio (Esculápio), o Deus da medicina, dizendo que seu caminho era tornar-se médico. Estudou medicina a partir dos 16 anos, com sábios de sua cidade, onde foi introduzido ao trabalho de Hipócrates e Dioscórides. Após a morte de seu pai, Galeno viajou por toda a Grécia, visitando Creta, Chipre, Corinto e Alexandria, entre outras cidades. Durante suas viagens ele teve oportunidade de estudar medicina com diversos médicos, cirurgiões e anatomistas da época, além de ampliar seus conhecimentos sobre plantas medicinais. De volta a Pérgamo, alguns anos após, foi eleito médico dos gladiadores, o que contribuiu para aumentar sua experiência em cirurgia e no tratamento de lesões traumáticas. Em 164 Galeno deixou Pérgamo novamente, dirigindo-se para Roma para divulgar suas idéias na capital do Império. Em Roma, destacou-se como médico, tendo cuidado de Severus, futuro imperador. Galeno conseguiu influenciar muito a medicina, tendo autoridades e pensadores importantes na platéia de suas conferências, e desferindo críticas contundentes contra seus adversários de outras escolas médicas (metodistas, pneumatistas e empíricos). Algum tempo após voltou para Pérgamo, mas sua estadia aí foi curta, pois foi convocado por

Marco Aurélio para atuar como médico das tropas nas Guerras Germânicas. Após essas guerras, ficou vivendo em Roma, tendo presenciado o incêndio de 191, quando diversas de suas obras queimaram. A maioria dos historiadores afirma que Galeno faleceu na Sicília no ano 200 d.C.

A obra de Galeno influenciou profundamente a medicina por cerca de quinze séculos. Ao contrário de Hipócrates, que assumia friamente seus insucessos, Galeno era dogmático e utilizava-se de argumentos teológicos para explicar a evolução ruim de seus pacientes. Valendo-se de um argumento de Aristóteles, de que ‘a natureza não faz nada sem propósito’, e acrescentando ‘e eu conheço esse propósito’, Galeno assumia uma postura onisciente e autoritária. Esses argumentos funcionaram como luva para as pretensões da igreja católica, que utilizou alguns argumentos teológicos de Galeno para fundamentar suas doutrinas durante a Idade Média e parte do Renascimento. As obras de Galeno, como as de Celso, foram editadas logo após a invenção da imprensa, contribuindo para a disseminação das suas idéias na Europa medieval.

Galeno contribuiu com importantes conhecimentos para a fisiologia. Foi ele que mostrou que o sangue circulava nos vasos, e que as veias levavam o sangue da periferia para o coração, e que as artérias continham sangue e não ar. Ele também propôs a teoria em que os nervos se conectavam com a medula e essa com o cérebro. Ele realizou experiências com animais, demonstrando que o coração continuava batendo após a secção do nervo vago, ou que os reflexos se modificavam após a secção da medula. Foi ele o primeiro médico a discorrer sobre os cuidados para a preparação de medicamentos, incluindo a metodologia para a preparação de pós e extratos. Por isso ele é considerado o pai da farmácia, e as preparações simples são chamadas até hoje de ‘formas galênicas’. Ele juntava várias plantas medicinais em fórmulas próprias para tratar os humores afetados, baseado nas suas qualidades farmacológicas tradicionais (frio e quente, seco e úmido). Segundo Galeno, uma doença de calor exigia o tratamento através de uma erva fria, um conceito muito parecido com o que é preconizado pela medicina chinesa. Sua obra incluiu tratados sobre anatomia, fisiologia, farmacologia, patologia, cirurgia, dietética, higiene e redução de luxações e fraturas. A parte da obra de Galeno

que exerceu influência e serviu como base da medicina do século XVIII foi aquela baseada em conceitos descritivos e dogmáticos, como as descrições anatômicas e as técnicas de preparo de medicamentos. Os conceitos vitalistas e holísticos, como o sistema de relação dos quatro humores, foram sendo progressivamente esquecidos, e hoje em dia são vistos como uma crença curiosa e destituída de interesse científico.

No fim do século XVIII e durante o século XIX, a medicina pretendeu resistir à influência da física clássica. Newton via o universo como um relógio, com leis simples e que determinavam o seu funcionamento numa cadência perfeita e dinâmica. As idéias de Newton foram sendo transportadas para a medicina. Já antes, em Descartes, o corpo é um relógio também. Ele é composto de partes, os órgãos que executam funções específicas e que podem ser entendidas à luz da ciência. A resistência da medicina a essas idéias estava bem caracterizada no protesto vitalista de Diderot, médico, também de nacionalidade francesa. No artigo que escreveu para a Enciclopédia, nessa época, Diderot classificou a química, a biologia e a medicina como ciências onde havia necessidade de arte e sensibilidade para a percepção dos sinais característicos da cada situação. Para tanto, era necessária uma observação obstinada e muita assiduidade, características absolutamente distintas do imperialismo abstrato dos newtonianos. Segundo o vitalismo, não era possível aplicar as teorias da física à medicina pois a vida subtendia um princípio vital, uma energia derivada da divindade e que não poderia ser compreendida pela ciência.

O vitalismo atingiu sua plenitude através de Stahl, no início do século XIX. Ele nota que as leis universais da química que explicam a decomposição das substâncias não se aplicam aos seres vivos enquanto estão em vida. Apesar de ser constituído de substâncias frágeis e instáveis quimicamente, o ser humano resiste à decomposição durante toda sua vida. Isso só poderia ser explicado através de uma força desconhecida que seria o princípio vital. Stahl foi o criador do primeiro sistema químico coerente e que resultou na química atual. Durante o século XIX o vitalismo foi sendo substituído pelo *reducionismo*, apesar de ser o pensamento dominante na classe médica. Vários fatores começaram a contribuir para isso. O primeiro foi a invenção

do microscópio. Com isso foi possível descobrir que os tecidos eram feitos de células. Em seguida, Pasteur descobriu as primeiras bactérias e criou o conceito que as doenças eram causadas por agressão de microorganismos. A influência de Pasteur sobre a medicina foi tão grande que, até hoje, cem anos após sua morte, os pesquisadores ainda tem o costume de buscar uma bactéria ou um vírus para explicar doenças cujas causas não estão bem definidas. Com isso, o modelo reducionista e mecanicista começou a dominar o pensamento da ciência médica, influenciando profundamente seu desenvolvimento no século XX.

O conflito de identidade da ciência médica

Essa bipolaridade conceitual, vitalismo *versus* reducionismo, gerou um conflito que persiste até hoje, mal elaborado seja na cabeça dos médicos, seja no meio acadêmico, onde se produz a ciência, seja na forma como a sociedade vê a medicina. Vitalismo *versus* reducionismo gera conflitos tais como medicina ciência humana *versus* medicina ciência exata, ou medicina alternativa *versus* medicina convencional, ou mesmo visão espiritual do ser humano *versus* visão científica (materialista). Portanto, no decorrer da história recente da medicina, diversos médicos se fizeram a mesma pergunta (qual a essência da medicina?), obtendo respostas diferentes. Assim foram sendo propostos caminhos que parecem ser essencialmente diferentes, que culminaram na riqueza de correntes de pensamento existentes na medicina atual. Vale a pena lembrar alguns dessas idéias originais e entender a sua interação dinâmica até os dias de hoje.

O vitalismo, representado por Diderot e Stahl, teve seu momento mais significativo na medicina com a fundação da *homeopatia* pelo alemão Samuel Hahneman. A idéias de Newton e Descartes, que fundamentam a corrente reducionista, tornaram-se dominantes com a descoberta do microscópio e dos microorganismos e perpetuam-se até hoje como espinha dorsal do pensamento científico médico.

Aparentemente, vitalismo e reducionismo são opostos incompatíveis. Contudo eles podem coexistir de forma construtiva num mesmo modelo.

O melhor exemplo de coexistência entre essas duas formas de encarar a natureza é a alquimia. Através dos procedimentos da alquimia, muita ciência no modelo convencional foi produzida. Newton dedicou mais tempo de sua via à alquimia que à física. Alguns autores, recentemente, aventaram a possibilidade da descoberta das leis da física do macrocosmo terem sido resultado de um longo processo de amadurecimento, feito através da alquimia. A própria química inorgânica nasceu da alquimia. *Paracelsius*, um médico da antiguidade, foi um pioneiro em aproximar a medicina da alquimia. Ele declarou que o objetivo principal da alquimia não era a transmutação de elementos em metais preciosos, mas sim a fabricação de medicamentos e a compreensão dos processos de transformação da natureza e do organismo humano. Ao juntar a alquimia com a medicina, *Paracelsius* conseguiu um modelo que misturava de forma harmônica vitalismo e reducionismo. Isso fez com que influenciasse tanto a farmacologia clássica, como a homeopatia.

Paracelsius é o codinome do médico alemão Theophrastus Bombast Von Hohenhein, nascido em 1490 em Eisiedeln. Este codinome foi criado pelo próprio, que era extremamente vaidoso, e se dizia superior a Celso. *Paracelsius* estudou medicina na Universidade da Basiléia, e iniciou sua prática médica nas Minas de Tirol, onde começou a relacionar as doenças apresentadas pelos mineiros à exposição excessiva aos minerais. A descoberta do papel patológico de alguns minerais influenciou todo seu trabalho futuro, aproximando-o da Alquimia. Em 1526 ele retornou para Basiléia, onde foi convidado a ensinar medicina na universidade. Segundo historiadores, *Paracelsius* queimou as obras de Galeno e Avicena durante uma aula, para demonstrar que ‘medicina se faz olhando para o futuro, e não para o passado’. Seu interesse e seus experimentos com minerais continuaram e ele desenvolveu um tratamento à base de banhos com mercúrio, enxofre, ferro, chumbo e arsênico. Ele também desenvolveu tinturas alcoólicas de várias plantas e resgatou a visão platônica que o homem está inserido no universo, e para trata-lo é preciso entendê-lo sob esta ótica. Dentro desta concepção holística, ele propôs a teoria das *assinaturas*, que ensina que as características morfológicas e ecológicas das plantas têm relação com sua atividade no corpo, concepção que também pode ser encontrada em

várias medicinas tradicionais do oriente. Segundo *Paracelsius*, a doença era causada por um desequilíbrio nos elementos alquímicos do corpo (ferro, sal, mercúrio e enxofre). Seu trabalho influenciou muitos médicos famosos, como o herbalista John Gerard e Samuel Hanneman, criador da Homeopatia. *Paracelsius* também contribuiu para a descrição da farmacologia de várias plantas e é um dos pais da farmacologia moderna.

Com a organização do pensamento científico por Newton e Descartes, os conceitos da alquimia foram cada vez mais se distanciando da ciência clássica. As idéias da alquimia não eram bem vistas pela igreja católica, que perseguiu os alquimistas através da Santa Inquisição. Tudo isso acabou sufocando a alquimia de tal forma que ela praticamente desapareceu. Enquanto isso a ciência clássica conseguiu manter uma relação de tolerabilidade com a igreja, e manteve seu crescimento. A criação do microscópio e o seu emprego na medicina, onde sobressai o trabalho de Marcello Malpighi e de Antony van Leeuwenhock, sela definitivamente a hegemonia do reducionismo sobre o vitalismo na medicina. Leeuwenhock foi o primeiro a descrever os glóbulos vermelhos do sangue, as estrias do músculo e os espermatozóides. Malpighi além de grande observador, desenvolveu as técnicas de preparo dos tecidos para observação em microscópio, sendo considerado o pai da histologia moderna. Foi olhando no microscópio que Pasteur pode identificar as primeiras bactérias e descrever seu papel em algumas doenças.

As correntes vitalistas na medicina mantiveram-se vivas, mas cada vez mais isoladas em pequenas comunidades ou em grupos de médicos, alijadas do meio universitário. Com isso a homeopatia e a medicina antroposófica ficaram limitadas aos consultórios de seus seguidores e sofreram um processo de perseguição. Os homeopatas reagiram, radicalizando sua posição e recusando-se a reconhecer os avanços da medicina alopática. Esse processo culmina com a proibição e o banimento da homeopatia dos Estados Unidos, no final do século XIX e início do século XX. Criou-se então uma situação de litígio. A ciência negava-se, como ainda hoje, a dar crédito a qualquer conhecimento que não fosse 'científico', ou seja, desenvolvido conforme os métodos propostos por ela mesma. As correntes vitalistas insistiam em suas crenças, que acreditavam não poderem ser propriamente comprovadas

pelo modelo chamado de “científico”. Por isso, elas tornaram-se *medicinas alternativas*, e continuaram subsistindo à margem.

Mesmo assim a medicina ainda conservou algumas qualidades do vitalismo, através do holismo. Até a década de 60 ainda existia a figura do clínico, aquele que conduzia e gerenciava o processo de tratamento, que conhecia o histórico do paciente e resolvia seus problemas comuns de saúde, enfim, que mantinha uma visão global da pessoa. Mas a massificação do tecnicismo acabou com os resquícios de holismo que havia na medicina convencional. Chegamos a um ponto em que é fundamental resolver a divisão que fragmenta a medicina. É preciso resolver o conflito de identidade entre vitalismo e o reducionismo. O desafio para o futuro é conceber um modelo de medicina que permita ao médico lidar com idéias vitalistas e reducionistas sem que isso resulte em conflito. Pelo contrário, o ideal é aproveitar o que cada visão dessas tem de positivo e construtivo, para construir a nova medicina que cuidará do ser humano nesse século que se inicia. Se o modelo da alquimia foi eficiente em permitir uma convivência construtiva entre reducionismo e vitalismo no contexto da ciência renascentista, com certeza há espaço hoje para a criação de um modelo adequado à medicina atual.

O equívoco nas bases conceituais

Equívocos conceituais devem-se a idéias básicas sobre a vida, a natureza de forma geral e o ser humano que a ciência médica possui mas que não combinam com a essência da vida. Assim, quando planeja seus estudos, se o cientista leva em consideração apenas essas idéias básicas, os seus resultados vêm contaminados por elas gerando produtos que se opõe à essência da vida das pessoas. Procurei identificar vários equívocos desses, e explicá-lo da forma mais simples possível. O interessante é notar que a maioria desses equívocos resulta do problema básico que apontei acima, que é a negação do vitalismo.

O mecanicismo e a linearidade

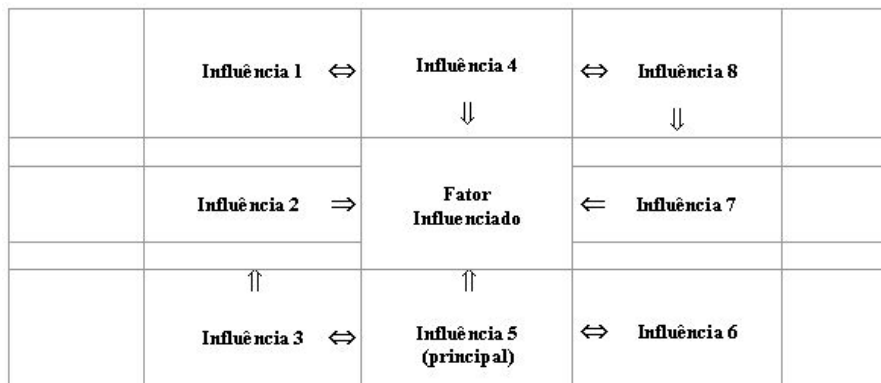
Como vimos, Newton (e antes Descartes), um dos pais da ciência, via o universo como um relógio. O universo de Newton funcionava de forma precisa, cada elemento cumprindo seu papel em um determinado tempo, como engrenagens em cadeia que acionam uma resultante final. Este conceito cria idéia que tudo, no corpo humano, funciona guardando uma relação linear de causa e efeito. É o que chamo de visão mecanicista da fisiologia do organismo humano, como representada no esquema abaixo:

Fator desencadeador -> efeito/causa 1 -> efeito/causa 2 -> efeito/causa 3

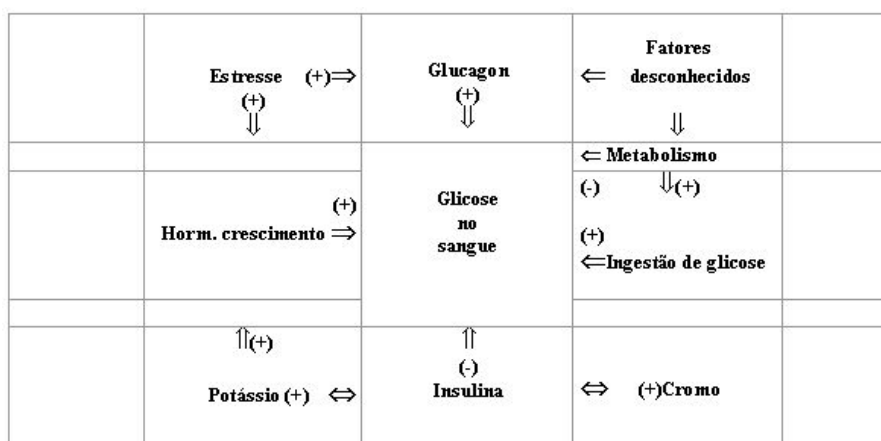
Exemplificando, vamos adotar como modelo a regulação da glicose no sangue. Na forma clássica da medicina encarar os problemas, temos a seqüência que é: a pessoa come, a glicose se eleva, e a pâncreas secreta insulina e a glicose baixa:

*Ingestão de comida -> aumento da glicose -> ..
.. -> secreção de insulina -> redução da glicose*

Contudo, hoje já existe informação suficiente para a medicina deduzir que nada no corpo funciona dessa forma. O que vemos, nos mecanismos fisiológicos são múltiplos fatores influenciando-se mutuamente e gerando a resposta, que é uma resultante do somatório de influências ocorridas num determinado momento. Esse tipo de interação, muito mais complexa, poderia ser representada por um esquema como o seguinte:



No esquema acima, que se aproxima muito mais da realidade fisiológica, vários tipos de influência afetam o fator central que é o estudado. Pode haver fatores de influência que atuam indiretamente (influências 1, 3, 6 e 8), e interação paralela entre outros fatores de influência (como entre influências 2 e 3). Colocando o exemplo da glicose no esquema acima, nota-se como ele modifica completamente a sua natureza



Como demonstrado no esquema anterior, vários outros fatores influenciam a taxa de glicose no sangue, além da insulina, interagindo de

forma complexa entre si. A taxa final de glicose vai depender, então, de uma interação entre esses diferentes fatores de influência. A realidade é que quase todos processos que ocorrem no corpo seguem esse modelo de interação complexa entre vários fatores de influência, mesmo que também haja um mecanismo principal, como a insulina funciona para a glicose. Com o desenvolvimento da informática, o ideal seria desenvolvermos modelos tridimensionais para facilitar a visualização de como ocorrem os processos no corpo humano para o médico, quebrando a tendência ao raciocínio mecanicista e linear que os médicos tendem a desenvolver.

O cientista russo Ilya Prigogine, prêmio Nobel de física, é uma das vozes mais ativas no questionamento de diversos conceitos usados na biologia e na medicina. Segundo Prigogine, essas áreas carecem de mudanças profundas para que seus protocolos experimentais se adaptem às realidades que pretendem estudar, e que muitos dos resultados tidos como científicos, na atualidade, terão que ser revistos. Ele juntou-se à brilhante bióloga belga Isabelle Stengers para escrever um importante livro sobre filosofia da ciência onde colocam vários conceitos que considero, além de atuais e muito pertinentes, fundamentais para qualquer profissional da área biomédica que deseje se preparar para as mudanças na ciência do futuro. O livro, chamado *A Nova Aliança*, propõe uma nova relação entre ciência, filosofia e o mundo onde vivemos, além de levantar vários questionamentos, que aproveitarei para dar suporte às minhas idéias.

Neste livro, Prigogine e Stengers comentam que, um modelo científico, para ser eficiente, necessita de uma linguagem adequada à realidade a estudar, e uma boa concepção do real, em termos do contexto onde se insere o objeto de estudo. Ou seja, ao estudar um fenômeno qualquer, para que o experimento tenha sucesso, há necessidade de partir de uma hipótese que corresponda à essência desse fenômeno, e utilizar um método de avaliação do experimento que possa avaliá-lo de forma efetiva. Caso contrário, os resultados levarão a uma falsa avaliação do objeto de estudo. Portanto, não é mais possível continuarmos com protocolos de estudo em medicina baseados em raciocínios lineares.

Prigogine e Stengers também discutem a questão da complexidade na biologia. Em termos de variáveis, num organismo vivo a complexidade é elevada ao infinito. Os modelos científicos, se não podem incluir toda esta complexidade, não podem ser formulados como se ela não existisse. As variáveis que não podem ser incluídas como tal, podem ter uma outra representação nos modelos matemáticos desses estudos. E isso exigirá a elaboração de novos modelos de avaliação para as experiências realizadas nas áreas de biologia e medicina. Uma estratégia semelhante foi utilizada por Boltzmann ao estudar a cinética dos gases. Usando a metodologia da física clássica Boltzmann teria que calcular a velocidade e a direção de todas as moléculas do gás para chegar às conclusões que pretendia. A complexidade era imensa e muitos físicos duvidaram de seu trabalho. Mas ele observou, ao final de muitas experiências, que independente das condições iniciais da experiência, havia uma tendência no gás de assumir alguns comportamentos definidos ao final de um determinado período. Com isso, ele elaborou a teoria das flutuações e da mecânica estatística dos gases que é usada até hoje na física. Se Boltzmann encontrou uma solução para a cinética dos gases, deverá haver outra solução para os sistemas complexos da biologia.

A compartimentalização excessiva da ciência médica

Compartimentalização é uma estratégia que se baseia na subdivisão de um sistema complexo, como os organismos biológicos, em subsistemas mais simples que podem ser estudados em separado. Como consequência, a fisiologia do corpo humano tende a ser estudada através da fisiologia de sistemas estanques e isolados, como se esses sistemas não se comunicassem entre si. Essa estratégia deriva essencialmente da influência do filósofo e matemático francês René Descartes sobre a medicina. Segundo Descartes, a maneira correta de analisar um problema complexo é subdividi-lo em vários problemas mais simples, que podem ser tratados em separado. Essa estratégia consiste então em dividir progressivamente o corpo humano em sistemas cada vez menores e mais simples, para entender como eles funcionam, ou

seja, um reducionismo. São, pois, questões com a mesma origem conceitual, resultante do conflito entre vitalismo e reducionismo.

A estratégia da compartimentalização e do reducionismo não é propriamente ruim em si. Pelo contrário, ela é uma importante fonte de informações para a medicina e tem suportado o desenvolvimento tecnológico e científico que temos experimentado nas últimas décadas. A questão que se coloca é que esse modelo é imposto como único e dominante, em que não há espaço para outros tipos de modelo científico. Esse problema já foi identificado por vários pesquisadores, sendo que críticas muito importantes estão sendo feitas, como Antonio Damásio por exemplo, professor de neurologia da faculdade de medicina da Universidade de Iowa. Damásio é considerado, atualmente, a maior autoridade mundial em teorias que explicam o funcionamento do cérebro. Para chegar a isso, ele foi obrigado a se desembaraçar das limitações impostas pelo modelo compartimentado e reducionista. Isso motivou Damásio e escrever o livro *O Erro de Descartes*, onde propõe modelos para o funcionamento do cérebro baseando-se no estudo de pacientes com lesões neurológicas de diferentes partes do cérebro.

No livro, Damásio traça uma crítica óbvia a Descartes mostrando que o corpo humano e o funcionamento do cérebro só podem ser compreendidos em sua totalidade se vistos como um todo e não como estruturas separadas. Damásio também introduz vários conceitos que reforçam a importância de rever a excessiva compartimentalização na medicina. O primeiro é que toda construção cerebral induz um quadro fisiológico corporal correspondente a essa construção cerebral, e que toda alteração fisiológica do corpo gera uma construção cerebral correspondente a ela. Isso significa que não importa onde começa o problema, se ele é mental ou físico, quase imediatamente ele estará presente nas duas esferas. O estudo de Damásio derruba o argumento de que o problema está 'apenas na cabeça do paciente' que a medicina costuma apresentar quando nenhuma doença é diagnosticada para explicar o que o paciente está sentindo.

O segundo é que o cérebro precisa reunir a função de diferentes estruturas para formar o que Damásio chama de construções cerebrais. Essas construções compreendem imagens, sons, percepções, emoções, etc. Quando

há um bloqueio de algumas estruturas que impedem a formação dessas construções, o funcionamento do cérebro fica afetado. Por isso, pacientes com lesão no lobo frontal, que ficam neurologicamente impedidos de agregar sua percepção emocional nas suas construções cerebrais, não possuem uma capacidade adequada de julgamento das situações sociais. Com isso, Damásio propõe que não é possível entender a função do cérebro à partir de funções estanques, mas sim de um todo. Da mesma maneira, muitos aspectos da fisiologia corporal só poderão ser melhor compreendidos do momento em que o corpo for estudado como um todo e não como sistemas estanques.

A compartimentalização excessiva da ciência médica gera três tipos principais de problemas para a medicina. O primeiro é o da estruturação estratégica da medicina, de forma maciça, em cima do modelo de especialidades e superespecialidades. O segundo é a criação de uma ciência médica com uma grande capacidade de análise, mas com pouca capacidade de síntese, dificultando o avanço em várias áreas. A terceira é a tendência a enxergar corpo e mente como estruturas separadas e com processos independentes.

O conceito de etiologia

Etiologia é uma palavra que se refere ao estudo da causa, no caso, das doenças. O conceito de etiologia da medicina baseia-se na procura de uma causa principal para cada tipo de doença, procurando essa causa em algum fator que agride o organismo, em especial um microorganismo. Esse conceito, fortemente ligado à causa única, externa, gerada por um organismo microscópico também resulta da influência excessiva do reducionismo na medicina contemporânea. Essa influência reducionista começou com descoberta dos micróbios e de seu potencial gerador de doença por Pasteur, e foi reforçado pelo impacto da introdução dos antibióticos no tratamento das infecções. Até hoje as pesquisas em etiologia, são voltadas, de forma maciça, seja para o encontro de causas únicas para as doenças, seja para identificar microorganismos causadores de doença.

Mesmo uma análise simplista mostra que esse conceito de etiologia é totalmente equivocado. Um simples caso de asma, por exemplo. Na visão da medicina convencional, a asma é uma doença de etiologia não esclarecida, mas que se relaciona com uma reatividade exacerbada da mucosa dos brônquios e com o desencadeamento de processos alérgicos nessa mucosa. Mas existem tantos fatores que podem determinar um ataque de asma! Uma mudança brusca de temperatura, poluição, fatores emocionais, medicamentos, alimentos e exercício físico. E o que causa asma em alguns pode ser a cura para outros. Há pessoas que não suportam um clima úmido como o do Rio de Janeiro, desenvolvendo asma, e existem outras que passam muito bem no Rio e vão apresentar sintomas respiratórios em Brasília, pois não suportam a secura do ar. E existe ainda outra questão, relativa ao desencadeamento de processos alérgicos, onde mais perguntas não respondidas superam as respostas, até o momento. Se considerarmos dois casos de asma em situações diferentes será possível avaliar como o conceito de etiologia único e fortemente relacionado a um fator externo e agressor é falho.

Imaginemos em primeiro lugar uma criança filho de pais com história de alergia, e que mora no Rio de Janeiro. Essa criança é de família abastada. Por isso tem uma dieta excessivamente rica em açúcares e laticínios, estando, por isso, acima do peso esperado para sua idade e altura. Essa criança tem asma desde 2 anos de idade e piora sempre que existe mudança de tempo. Esse é um ambiente onde a exposição à umidade e a dieta inadequada contribuem para agravar o problema. A situação desse caso coloca uma criança com predisposição a uma doença alérgica num meio onde há muita umidade e fungos no ar, e ao mesmo tempo prepara essa criança de forma inadequada para lidar com as agressões desse meio, através de uma dieta inadequada e pouca atividade física. Já o segundo caso hipotético é de uma criança moradora da periferia de Recife. A família é pobre e essa criança é desnutrida. Como consequência, já teve dois episódios de pneumonia. Em seguida sua família foi vítima de uma violência policial, pois o irmão mais velho da criança foi confundido com um traficante. Logo após esse episódio de violência, a criança começou a ter crises de asma e bronquite. O ambiente é oposto ao anterior. Essa criança não tem antecedentes alérgicos, é desnutrida

e sua família tem poucos recursos para protegê-la das agressões da sociedade. E o resultado da combinação de fatores é o mesmo, a asma.

Notamos claramente que, em termos de etiologia (causa da doença), a primeira criança é diferente da segunda em tudo. Por isso, podemos concluir que, apesar de se tratar de asma, uma mesma doença, não é possível identificar uma causa única ou etiologia conforme o modelo da medicina clássica. Como o médico trabalha com a concepção de etiologia única, ele vai se limitar a prescrever dilatadores dos brônquios, atividade física e uma avaliação de alergia com propósito de tentar uma vacina. Com isso ele tenderá a propor o mesmo tratamento para dois casos essencialmente diferentes, o que é um claro erro de estratégia.

Por outro lado é muito mais fácil entender a etiologia da asma a partir da formação de um ambiente propício à doença para aquele doente específico. Nos dois casos podemos identificar influências nocivas, mesmo que diferentes, mas que vão causar o aparecimento da doença. É o que chamo de conceito *ecológico* de etiologia. Traduzindo, em vez da doença ser causada por um fator único, ela é decorrente de um desequilíbrio entre o organismo e o meio ambiente, gerado pela concentração de vários fatores desfavoráveis àquele indivíduo específico. Revendo agora a etiologia da asma, nesses dois casos, sob a ótica ecológica, será muito mais fácil entender porque a doença está surgindo e o que precisa ser feito para combater-la. Se cada ambiente diferente gera um contexto de doença específico, isso implica em medidas terapêuticas diferentes para cada um dos asmáticos. A etiologia multifatorial, no modelo de desequilíbrio entre as agressões do meio e a capacidade de reação do indivíduo não é uma peculiaridade da asma e sim um fenômeno universal. É interessante notar que um conceito muito parecido é proposto por muitas medicinas tradicionais como a medicina chinesa e ayurvédica.

Etiologia e ecologia da saúde: o caso da Gripe e do H. Pílori

Consideremos uma doença infecciosa comum, uma gripe, por exemplo. Na visão da medicina atual a gripe é causada por um vírus. Contudo, sabe-se que existem outros fatores que influenciam significativamente a incidência de

gripes. Por exemplo, a exposição ao tempo frio. Todas as estatísticas mostram que a incidência de gripes e pneumonia praticamente dobra no inverno. A explicação que a medicina convencional dá para isso é que as pessoas ficam mais em ambientes fechados no inverno. Mas esse argumento é falho, já que, no Rio de Janeiro, também há um aumento da incidência de gripe no inverno, e as pessoas não modificam seus hábitos neste período. Por outro lado, qualquer avó sabe que deixar uma criança mal agasalhada é expô-la ao risco de pegar uma gripe ou uma pneumonia. No caso da gripe existe ainda a questão das defesas orgânicas. Se o sistema imunológico está com suas funções deprimidas é certo que a infecção viral resultará em doença. Mas se a pessoa tem um sistema imunológico eficiente, o vírus penetra no corpo, mas é destruído antes que cause doença. Se a pessoa fuma ou está exposta a poluentes do ar, sua chance de ficar gripado após exposição ao vírus também é maior. Analisando a questão da etiologia da *gripe* foi possível identificar ao menos cinco fatores, que participam na sua instalação e gravidade de doença. E que tratamento dar aos outros fatores, que influenciam a intensidade da doença e participam da sua instalação? Desconsiderar os outros fatores como agentes que participam da etiologia das doenças é uma forma de prejudicar o enfoque estratégico para uma abordagem terapêutica mais eficiente. No caso da gripe, alegam os teóricos da medicina reducionista, a presença do vírus é um fator determinante para a doença. Sem o vírus, argumentam esses médicos, não haveria a gripe. Contudo, se utilizarmos o conceito ecológico de etiologia, onde a questão é a relação entre o ambiente e a pessoa, veremos que esse argumento é questionável. É preciso considerar que *sempre* existem vírus no ambiente, que uma grande variedade de vírus podem causar um quadro gripal, e que, ao menos teoricamente, uma pessoa pode entrar em contato com um vírus causador de gripe muitas vezes num dia. Vendo sob esse aspecto, os outros fatores assumem uma importância maior na gênese da doença.

Ainda na análise dos fatores que determinam as gripes, assim como de outras doenças infecciosas, existe ainda uma outra variável, que é a virulência do agente infeccioso. Às vezes, através de um processo de mutação surgem vírus que possuem uma capacidade muito maior de agredir o corpo humano

e determinar doença. Foi o que ocorreu nas epidemias da gripe espanhola e da gripe asiática. Nessas duas epidemias, houve pessoas que morreram da doença, outros ficaram gravemente doentes mas se recuperaram, um terceiro grupo teve uma gripe forte, e um quarto grupo apresentou apenas sintomas passageiros ou mesmo nem ficaram doentes. O conceito ecológico de etiologia permite colocar todas essas variáveis nas considerações da causa da doença, inclusive a virulência do agente e sua relação com o indivíduo, o que permite propostas terapêuticas mais ajustadas à realidade de cada paciente e de cada ambiente ecológico onde a doença se instala.

Um outro problema que resulta do conceito equivocado de etiologia, é uma tendência a acreditar que as doenças são sempre causadas por agentes externos ao corpo, em geral vírus, bactérias, vermes, protozoários e fungos. Várias das pesquisas recentes publicadas nas melhores revistas de medicina, buscaram encontrar agentes infecciosos para explicar uma variedade de doenças cuja causa ainda não está estabelecida. Os vírus têm sido apontados como possíveis causadores da esclerose múltipla; infecção crônica por clamídia tem sido implicada como causadora de aterosclerose e infarto do coração; infecção crônica por herpes Epstein Bahr e citomegalovírus tem sido associada a problemas como fadiga crônica, para citar alguns exemplos! Outro exemplo dessa tendência é a excessiva importância que os médicos passaram a dar à bactéria **Helicobacter pilori**, que pode causar gastrite e úlcera péptica. Depois que surgiram os trabalhos científicos relacionando a bactéria com agressão à mucosa do estômago, alguns médicos esqueceram todos os outros conhecimentos que tinham sobre esse assunto, e começaram eleger o tratamento da bactéria uma prioridade. E o esquema inicial de tratamento era com três medicamentos que causam efeitos colaterais no sistema digestivo: O bismuto, um antibiótico chamado eritromocina e o metronidazol. Muitos pacientes pioravam após essa medicação. Entre aqueles que se livravam do *H. pilori* uma fração expressiva estava colonizada pela bactéria novamente seis meses após o tratamento.

Basta um mínimo de bom senso e um pouco da visão ecológica da etiologia para concluir que, se a bactéria está no estômago é porque *há um ambiente propício à sua presença*. Esse ambiente propício pode ser causado

por muitos fatores, alguns deles velhos conhecidos dos médicos. O primeiro e mais óbvio é a **dieta**. Uma pessoa que tem uma dieta rica em carnes vai produzir mais compostos nitrogenados, que formam um meio que favorece o crescimento bacteriano. Já uma pessoa com uma dieta rica em *folhas*, vai ingerir mais taninos e óleos essenciais, ambos inimigos mortais das bactérias em geral. Efetivamente, trabalhos recentes mostraram o que o bom senso já nos tinha apontado, que o *H. pylori* é sensível e diversas plantas ricas em taninos e óleos essenciais.

Outra questão sabida da medicina chama-se barreira mucosa, que é um tipo de muco que as células do estômago secretam, que as protege das agressões e do ácido. Alguns alimentos, alguns medicamentos e o estresse podem enfraquecer a barreira mucosa, o que vai facilitar a agressão pelo *Helicobacter*. Outro fator conhecido é a acidez do suco gástrico. Se o suco gástrico fica excessivamente ácido, ele acaba lesando a mucosa e causando irritação, microlesões e úlcera. A mucosa lesada pode ser parasitada com mais facilidade. Por fim existem as predisposições individuais e o sistema imunológico. Sempre existem indivíduos, que por predisposição genética ou por fraqueza imunológica se infectam e desenvolvem doenças com mais facilidade que outros. Há um tipo de anticorpo chamado de IgA, que é específico para proteger pele e mucosas. Teoricamente, qualquer pessoa com baixa de IgA pode contrair uma infecção em alguma mucosa ou na pele. Portanto a falta de visão que o conceito de etiologia única e centrada em microorganismos, precisa mudar para que as propostas de tratamento fiquem mais adequadas à realidade ecológica dos indivíduos e do seu ambiente.

As falhas nos modelos científicos

Os trabalhos científicos são feitos de acordo com metodologias que são as aceitas pela ciência médica. A ciência médica possui distorções conceituais derivadas de sua estruturação excessivamente influenciada pelo reducionismo. Se existem falhas nas metodologias usadas nos trabalhos científicos médicos, forma-se um conhecimento distorcido, que vai reforçar os equívocos conceituais. Assim fecha-se um ciclo vicioso que tende a manter

as distorções existentes. Portanto o questionamento desses modelos é um dos pontos básicos para a modificação dos conceitos equivocados da medicina. Explicando de forma simplista, a estratégia de realização de estudos científicos da medicina tem se resumido nos modelos seguintes: Modelos experimentais ‘in vitro’ feitos com órgãos isolados, células ou tecidos, em geral de animais, modelos ‘in vivo’ realizados em animais e modelos clínicos, realizados com seres humanos.

Os modelos ‘in vitro’ visam estudar parâmetros específicos seja da fisiologia, seja da farmacologia básica de drogas. Usando esses modelos, foi possível ter idéia mais precisa de como funcionam alguns órgãos, assim como agem os medicamentos nos órgãos. Por exemplo, os medicamentos bloqueadores dos canais de cálcio podem começar a ser estudados em coração isolado de rã, o que facilita identificar se são eficientes e potentes. Os modelos animais são usados como um segundo estágio para o estudo de drogas ou para o estudo de doenças. Por exemplo, um medicamento para abaixar a pressão arterial, é testado, primeiramente, em ratos ou em cachorros anestesiados. Quando um medicamento qualquer é avaliado, ele é testado em muitos animais, inclusive macacos, antes de ser utilizado no homem.

Os estudos clínicos são estudos feitos em humanos para entender como o homem reage nas doenças ou após o uso de um medicamento. Esses estudos são comparativos. Em geral um grupo de indivíduos recebe o tratamento verdadeiro e é comparado a um outro grupo que recebe um placebo. Se a diferença entre os dois grupos é estatisticamente significativa, o medicamento é considerado ativo. Recomenda-se também, nesses estudos, que seja tentado neutralizar o máximo possível variáveis que possam interferir com os resultados, como outros medicamentos concomitantes. Quando isso é levado às últimas conseqüências, as pessoas podem receber uma dieta semelhante ou até ficarem todas num ambiente controlado.

Os estudos científicos clássicos são importantes e têm possibilitado o acúmulo de uma série de muitas informações valiosas e que tem contribuído para o avanço vertiginoso da medicina que observamos nos últimos 40 anos. Contudo, existem pontos que precisam ser questionados para aprimorar a sua metodologia e produzir resultados mais eficientes e fidedignos. Os principais

erros de metodologia dos estudos científicos feitos pela medicina, segundo a minha avaliação, são os seguintes:

Supervalorização de modelos não humanos: Muitas vezes quando comento com meus colegas médicos que uma planta medicinal qualquer vem sendo usada há centenas de anos pela população no tratamento de reumatismo, não impressiono esses colegas. Mas se afirmo que a mesma planta possui efeito antiinflamatório em modelos experimentais como o edema da pata de rato, então meus colegas começam a encara-la de outra maneira. Existe uma vasta experiência com muitas plantas medicinais em todo mundo, que está sub-utilizada por falta de uma metodologia para tal. Nesse contexto, a indústria farmacêutica prefere investir em moléculas novas, que vão ser testadas inicialmente em animais, em vez de aproveitar toda essa experiência acumulada sobre as plantas. Para moléculas novas, estudar a farmacologia em humanos é inviável, e os pesquisadores são obrigados a utilizar animais de laboratório ou órgãos extraídos desses animais para fazerem seus estudos. O problema é a tendência de acreditar que os resultados conseguidos nos modelos experimentais clássicos são os mesmos que serão encontrados nos seres humanos. Em termos de fisiologia os animais são apenas semelhantes aos humanos. Mesmo os macacos possuem algumas diferenças importantes na sua fisiologia, em relação a nós. É claro que todos pesquisadores sabem disso, mas há uma tendência à simplificação. Por exemplo, quando o hormônio leptina foi estudado em ratos recentemente, pesquisadores afirmaram que haviam encontrado uma solução para a obesidade. Mas, quando a leptina foi estudada em seres humanos, os resultados foram bastante diferentes. Isso porque os mecanismos que regulam o nosso metabolismo são muito mais complexos que os dos roedores. Essa limitação é muito importante porque, quando um medicamento chega a ser usado na clínica, os cientistas só se interessam por seus resultados numa determinada doença. Produz-se pouca informação científica da sua ação no ser humano normal e de suas interações com outras condições patológicas. Na medida que temos necessidade de entender melhor a ação dos medicamentos e sofisticar sua indicação para evitar efeitos colaterais, haverá necessidade de se produzir mais informações

em humanos e aproveitar as informações do uso tradicional de plantas, que já existem e estão à espera de um melhor aproveitamento.

Utilização de modelos incompatíveis com a vida: Esse problema é ressaltado por Prigogine e Stengers no livro *A Nova Aliança*, pois os autores consideram que isso vai resultar em dados equivocados, caso o objetivo da ciência seja compreender a vida, no caso da biologia, ou melhorar a qualidade de vida, no caso da medicina. Ou seja, quanto mais artificial o modelo do estudo, maior chance do resultado não refletir a realidade dos fatos e sua aplicabilidade na ciência seja pouco eficiente. Essa crítica pode ser feita tanto para os estudos em animais de laboratório, quanto aos estudos clínicos. Em estudos clínicos é fundamental que seu desenho vise respeitar da melhor forma a vida normal das pessoas, e que se evite um controle excessivo de variáveis. Quando isso não acontece, os resultados vão ser distorcidos. Isso vai se traduzir na clínica, na piora da qualidade de vida dos pacientes. Por isso é comum ocorrerem problemas com o uso dos medicamentos, que não estão relatados na literatura, mas que causam muito desconforto aos pacientes. Muitas vezes isso faz esses problemas serem pouco valorizados pelos médicos.

Falta de metodologia eficiente para lidar com variáveis múltiplas: A medicina convencional tem como estratégia estudar uma variável única, ou apenas um número pequeno de variáveis, em função da visão linear e mecanicista do corpo humano. Por isso os modelos científicos são construídos para lidar com variável única, ou com poucas variáveis. Isso dificulta entender como as diferentes variáveis se relacionam entre si, que é o real modelo da fisiologia do organismo ou das situações geradoras de doença. Portanto os estudos que costumam ser feitos dão uma idéia limitada do que ocorre na clínica, ou seja, no dia-a-dia da realidade dos pacientes. Na clínica o médico sempre se depara com situações multifatoriais e não tem informação de qual é o melhor caminho a seguir. Além do mais, podem existir situações onde a associação de variáveis múltiplas possa representar um risco à saúde não detectado até o momento, e que pode estar gerando malefícios à saúde da

população sem que a medicina saiba. O problema para lidar com variáveis múltiplas é que o estudo precisa de uma amostragem muito grande e a análise dos dados é muito mais complexa. Isso custa muito mais dinheiro e não tem a objetividade que interessa à indústria farmacêutica, que é o principal agente financiador dos estudos feitos com medicamentos. Por isso não existe muito interesse em desenvolver mais esse tipo de metodologia, e por isso não surgem novas idéias ou descobertas nesse campo. Como consequência, a medicina continua com a mentalidade mecanicista de ação e reação linear, em vez de haver a introdução de novos conceitos e metodologias mais eficientes em avaliar as situações reais de doença e novas possibilidades de estratégia de tratamento.

Uma maneira de acumular informação sobre variáveis múltiplas seria através de um sistema integrado de informações médicas conectado a programas de análise de dados que cruzasse as informações imputadas no sistema. Essa proposta significa desenvolver um sistema inteligente de coleta e processamento de dados, que permitisse aprender ativamente com a experiência médica de todos profissionais, ligados em rede, de forma coordenada, possibilitando um cruzamento de dados eficiente, universal e rápido, e com isso mais eficiente em identificar como as variáveis múltiplas influenciam os tratamentos, e quais são as configurações de variáveis que são favoráveis ou desfavoráveis. Um sistema seguindo esse modelo seria um passo imenso na qualidade do trato à informação e significaria uma nova arrancada em termos de avanço científico e tecnológico¹³.

Tratamento metodológico igual a indivíduos diferentes: Há ainda um sério equívoco de estratégia na metodologia dos estudos clínicos que formam a base da ciência médica hoje em dia. É a falta de um método que permita distinguir, ao menos em parte, como as diferenças individuais poderão influenciar na resposta aos tratamentos ou na evolução das doenças. Nos estudos clínicos feitos, com a metodologia atual da medicina, todas as pessoas são tratadas como iguais e recebem exatamente o mesmo tipo de tratamento. Se esse tratamento obtém resultados num número significativo de pessoas

13 Sobre isso, veja os trabalhos de Edward Lorenz ('A Essência do Caos'), um dos cientistas que desenvolveu a teoria do caos.

em análises estatísticas, então esse tratamento é considerado bom e utilizado para todo mundo. Na escolha das pessoas que vão compor o estudo utiliza-se a randomização (escolha aleatória). Essa estratégia visa obter uma amostra de pacientes para o estudo que seja muito semelhante à população. Com isso, acreditam os pesquisadores, evita-se a seleção de pessoas mais propensas a responder bem ao tratamento que está sendo avaliado para o trabalho, o que iria afetar as estatísticas. Hoje em dia pesquisadores consideram um trabalho no qual a amostragem não é randomizada como de qualidade inferior, e cujos resultados não são muito fidedignos.

A questão é que a randomização impede que se avalie a resposta de diferentes subgrupos de pessoas a um determinado tratamento. Sempre que um estudo é feito com um medicamento ou outro tratamento qualquer, há uma gama grande de respostas diferentes. Algumas pessoas melhoram muito, outras pouco e alguns não melhoram quase nada. Se o medicamento não é muito agressivo, uma minoria, digamos quinze por cento, vai apresentar efeitos colaterais. Todos esses dados são descobertos e anotados e divulgados. Mas nenhuma metodologia é experimentada ou mesmo especulada para que seja possível identificar uma diferença entre os grupos que respondem bem e os que respondem mal aos tratamentos que estão sendo estudados.

Eu não sou o único a levantar estas críticas. Outros autores já haviam percebido a necessidade de se procurar subgrupos entre uma amostra de pacientes, e com isso entender as variações de resposta observados nos grupos dos estudos. A crítica mais expressiva foi feita em 1983, por Alvan R. Feinstein, um epidemiologista da Universidade de Yale, nos EUA, que publicou uma série de 4 artigos na revista *Annals of Internal Medicine*, com diversas considerações sobre desenho de estudos clínicos. Nesses artigos, Feinstein mostra que a tendência de randomização da amostragem nesses estudos traz uma série de restrições à avaliação científica de vários tipos de problema. Entre eles, Feinstein cita o estudo de múltiplas formas de terapêutica, a influência de detalhes do tratamento nos resultados, a influência de instabilidade, a avaliação de mudanças rápidas causadas por melhora tecnológica, efeitos adversos de longo prazo e estudos sobre a relação da etiologia com fatores agravantes das doenças. No seu artigo, Feinstein

cita, como exemplo, um trabalho sobre o tratamento do câncer de pulmão. Na sua análise ele mostra que, dependendo do grau de evolução do câncer, o tratamento de escolha muda, podendo ser radioterapia, quimioterapia, cirurgia ou uma combinação deles. Portanto quando os pacientes de câncer são avaliados de forma randômica, os resultados não refletem a real resposta aos tratamentos disponíveis. Traduzindo, só é possível avaliar o resultado do tratamento de câncer de pulmão caso os pacientes sejam divididos em subgrupos, o que implica em abolir a randomização. Como comentei acima, quanto mais multifatorial se torna uma situação clínica, menos eficiente é a metodologia de pesquisa adotada pela medicina. Ou seja, Feinstein já dizia, de forma indireta, que é preciso desenhar estudos que possam ter uma visão mais eficiente das diferenças entre os pacientes.

Infelizmente as idéias de Feinstein não foram bem recebidas e seus artigos foram esquecidos. Persiste até hoje, firmemente estabelecido na cabeça de muitos médicos, que as metodologias utilizadas hoje em dia são as mais sofisticadas possíveis, e que não há necessidade de mudá-las ou de melhorá-las. Na minha pesquisa, tive oportunidade de entrevistar cerca de 30 médicos de diversas especialidades, para saber o que pensavam dos diversos temas que me propondo a discutir. Quando propunha que deveriam ser introduzidos métodos de avaliação para identificar grupos de pacientes que respondem de forma diferente aos tratamentos, todos colegas ficavam admirados, e exigiam meia hora de explicação para compreender esse conceito. O modelo linear mecanicista está tão sedimentado na sua forma de pensar que muitos nem conseguem vislumbrar um modelo experimental que permita distinguir os pacientes que vão responder bem daqueles que vão responder mal aos medicamentos. Em minha conversa com a Dra. Regina Fonseca, cardiologista e coordenadora da residência médica em cardiologia no Hospital Universitário Clementino Fraga da UFRJ, por exemplo, após explicar as idéias que estão acima, exclamou: “Ah, estou entendendo agora... Nunca tinha pensado nisto, mas, pensando bem, concordo que tem lógica. Para decidir na prática, só funciona mesmo o bom senso. Porque na faculdade nós aprendemos mais o que está escrito no livro. E o livro nunca reflete a realidade. Você vai desenvolver o seu senso clínico mesmo é quando começa

a praticar. E demora muito até você ter segurança suficiente para mudar uma conduta que está escrita no livro. Realmente nunca tinha pensado no que você falou agora.”

Existem três áreas estratégicas que, a meu ver, merecem ser especuladas e investigadas para se propor métodos de individualizar a resposta dos pacientes aos tratamentos. Uma área pode se relacionar com o perfil genético das pessoas, pois nesses casos os problemas parecem ser determinados pela sensibilidade herdada a certas moléculas que a medicina chama de reações idiossincráticas. A segunda área estratégica relaciona-se com o biotipo. A terceira área seria aquela das alergias, ou mecanismo de hipersensibilidade, como é tratado em linguagem médica.

Na área das reações de hipersensibilidade a questão é muito complexa, mas pode já haver uma luz no fim do túnel. Sabemos que as células possuem um sistema de identificação formada por antígenos de superfície. Esses antígenos permitem que o sistema imunológico reconheça que células são suas (*self*) e quais não são suas (*not self*), e é conhecido como sistema de antígenos de histocompatibilidade ou HLA. É esse sistema que é utilizado para se procurar por doadores compatíveis de transplante. Sabemos que pessoas com certos tipos de HLA possuem tendência a desenvolver alguns tipos de reações imunológicas alteradas que causam doenças. É possível que a alergia a alguns antígenos específicos, como medicamentos, também guarde relação com o sistema HLA. Contudo essa possibilidade nunca foi avaliada.

Para avaliação do biotipo, eu acho que a melhor estratégia é aproveitar os sistemas das medicinas tradicionais, como a medicina chinesa e a medicina ayurvédica. Esses sistemas tradicionais de medicina permitem subdividir as pessoas em subgrupos que, segundo sua visão, possuem características fisiológicas semelhantes e ao mesmo tempo, tendência a desenvolver os mesmos problemas menores a curto prazo, e as mesmas doenças crônicas à longo prazo. Por exemplo, a Dra. Qi Li, neurologista e minha orientadora durante um estágio feito em 1988 no Hospital Guan An Mem, em Pequim, demonstrou que os modelos de medicina chinesa podem ser utilizados para fazer prognósticos em medicina ocidental. Num trabalho onde avaliava as relações entre o diagnóstico ocidental e oriental, a Dra. Qi Li encontrou uma

concordância de 81,3% entre pacientes com acidente vascular isquêmico e sinais e sintomas classificados como ‘estagnação’ pela medicina chinesa e 92% de concordância entre pacientes com acidente vascular hemorrágico e o diagnóstico de ‘calor’ da medicina chinesa. O mais interessante desse trabalho foi a constatação que muitos sinais e sintomas que permitiram a classificação em ‘estagnação’ ou em ‘calor’ já existiam muito antes da instalação da doença neurológica. Isso significa que se a pessoa tem sintomas de ‘estagnação’ tem muito mais chances de ter um acidente isquêmico, enquanto que, se os sintomas são de ‘calor’, há grande chance de ocorrer um acidente hemorrágico. Infelizmente esse trabalho foi publicado em chinês numa revista que só circula na China.

Outro autor que identifica a necessidade de uma abordagem metodológica para a questão da heterogeneidade de uma amostragem é o psicólogo espanhol Fernando Silva. Silva publicou um livro, *Psychometric Foundations and Behavioral Assessment* que é considerado a primeira obra a tratar conceitualmente do problema da heterogeneidade dos indivíduos humanos e sua relação com os processos de avaliação. Apesar de ser voltado para o desenvolvimento dos procedimentos de avaliação psicológica, o trabalho de Silva fornece alguns conceitos interessantes que podem ser aproveitados para os modelos experimentais de medicina. Uma das conclusões que Silva chega, na sua discussão sobre a análise de dados, é que os dados probabilísticos do grupo não fornecem, necessariamente, nada de conclusivo sobre qualquer indivíduo em particular. Ele segue comentando que, apesar dos dados estatísticos de uma população serem importantes para o processo de análise, a compreensão exige também um estudo separado de casos individuais. Segundo Silva, a aplicação de metodologia excessivamente padronizada de avaliação pode acabar afetando os resultados da avaliação, pois não tem capacidade de filtrar e compreender variáveis que estão influenciando indivíduos ou subgrupos dentro do grupo avaliado.

A falta de metodologia para avaliar tratamentos individualizados: Existe uma série de tratamentos que são patentemente individualizados. São tratamentos que mudam de uma pessoa para outra, baseados em parâmetros individuais. O interessante é que alguns desses tratamentos podem ser a

resposta para resolver questões individuais dos pacientes, que estão sem solução no modelo atual da medicina. Mas não existe metodologia científica para avaliar esses tratamentos. Um tipo de tratamento que tem esse perfil é a cirurgia, pois cada pessoa possui uma anatomia diferente, e uma cirurgia nunca é igual à outra. A ciência médica se comporta nesses casos como se não houvesse diferenças, aplicando os modelos clássicos de avaliação estatística. Mas há um grupo de propostas de tratamento individualizado que não possuem metodologia de estudo definida por falta de desenvolvimento de um protocolo de estudo universalmente aceito. É o caso da acupuntura, da homeopatia e da psicanálise, por exemplo. Por falta de protocolos de estudo definidos para estes casos, há um ambiente de descrédito na medicina por essas abordagens terapêuticas.

Novos caminhos conceituais

A evolução da física exigiu a quebra conceitual de muitos dogmas originários da física clássica e de concepções decorrentes da limitação que os nossos sentidos impõem à observação do mundo. Contudo, essas mudanças conceituais, infelizmente, chegaram de forma tímida no mundo da ciência médica. Basta uma análise superficial da evolução e dos conceitos da medicina para evidenciar que ela está contaminada por uma visão mecanicista da fisiologia. Isso gera uma absoluta pobreza de novas idéias que revolucionem o conhecimento médico e fisiológico. As últimas grandes descobertas que influenciaram a compreensão da fisiologia dos seres vivos e do homem em particular, datam todas do início do século XX ou do fim do século XIX. Todas as inovações existentes decorrem de um grande desenvolvimento dessas idéias, da aplicação maciça de tecnologia, e da introdução de técnicas específicas nas diversas especialidades.

A genética, descrita por Mendel no século XIX, possibilitou o estudo das doenças hereditárias o que culminou com o ambicioso projeto do genoma humano. A neuroanatomia, motivo de paixões de alguns anatomistas, está avançando muito com as técnicas de mapeamento cerebral. A teoria da estruturação da mente proposta por Freud, outra idéia inovadora proposta no século XIX, nunca se entendeu com a neurologia, e seu desenvolvimento parece ocorrer em paralelo ao da medicina. Enzimas foram descritas e suas

fórmulas estruturais e espaciais determinadas, desenvolvendo a química orgânica de F.A. Kékule. A fisiologia dos órgãos, descrita por anatomistas no passado, também já sofreu avanços significativos. Mas sistemas onde existem interações complexas e multifatoriais, como o sistema imunológico e os sistemas de regulação da homeostase, ainda estão longe de serem compreendidos.

Avanços significativos exigirão idéias novas. Contudo, várias dessas idéias podem já existir, especialmente em áreas do conhecimento que sofreram grandes mudanças conceituais com a física. A física estuda o comportamento do Universo, a sua constituição, e sua organização micro e macroscópica. De alguma forma esses conceitos devem se aplicar também aos seres vivos. Conceitos novos (antigos na física) como o da mecânica estatística de Boltzmann, o princípio da incerteza e o princípio da complementaridade, ambos introduzidos pela física quântica, as noções de entropia e irreversibilidade, e as novas descobertas sobre a teoria do caos podem ser aplicados na melhor compreensão dos fenômenos biológicos. Ludwig Boltzmann foi um físico austríaco que dedicou seu trabalho ao estudo da cinética dos gases, no final do século XIX. Ele demonstrou que, para que o comportamento de bilhões de moléculas movendo-se de forma caótica em várias direções e se chocando umas contra as outras pudesse ser avaliado, o modelo clássico de Newton - calculando a posição e a velocidade de cada molécula - era inviável e desnecessário. Boltzmann propôs que se abandonasse a descrição determinística do sistema, usando posições e velocidades individuais, para se aplicar o uso de médias, por aplicação da estatística na física. Os cálculos de Boltzmann explicavam alguns achados encontrados em experiências com gases feitas em laboratório por físicos da época. Contudo as suas idéias foram duramente criticadas por quase todos os físicos da época. Isolado e deprimido, com a saúde abalada, Boltzmann suicidou-se em 1906. Dois anos após, suas teorias foram confirmadas pelo trabalho do físico francês Jean Perrin. A teoria de Boltzmann pode ser adaptada para os organismos biológicos visando a formulação de mecanismos de avaliação de complexas interações metabólicas.

O *princípio da incerteza*, introduzido pela física quântica, decorreu da impossibilidade de se determinar a velocidade e a posição de uma partícula subatômica, mais especificamente, um elétron, num momento específico. Sempre que a velocidade era medida não era possível precisar sua posição. Por outro lado, toda vez que a posição era determinada, não era possível mensurar a velocidade. Essa não comunicação entre posição e movimento não só quebra todos os conceitos da física clássica, como traz novidades conceituais interessantes. Como substituição dos dados que não podem ser calculados é utilizada a constante de Plank (h), que funciona como ponte entre posição e velocidade. Isso simplifica os cálculos e dá uma racionalidade própria ao mundo quântico, tornando velocidade e posição necessariamente dependentes entre si. A outra novidade é a introdução do conceito de operador. Operador é uma função que substitui a noção de trajetória, já que não é possível saber posição e velocidade/trajetória ao mesmo tempo. A função de operador é definida por um cálculo estatístico, determinando a probabilidade de uma partícula ser encontrada numa posição qualquer do espaço. O conceito de operador é que possibilitou a formulação da teoria dos orbitais atômicos. O princípio da incerteza torna o sistema sensível a qualquer mudança no quantum energético. Isso significa que o sistema sofre mudanças instantâneas a cada momento que recebe uma influência através de qualquer outro fato adicional é introduzido no nele. Pesquisadores notaram que isso efetivamente ocorre durante as experiências de medição de massa ou velocidade de partículas atômicas. A simples presença de um aparelho de observação do fenômeno já modifica as variáveis do sistema. É como se o sistema quântico fosse 'sensível' e 'inteligente' e respondesse de forma 'diferente' a cada estímulo. O princípio da incerteza pode ser usado para explicar as diferenças entre matéria inerte e matéria viva. A matéria viva tem uma atividade química imensamente maior que a matéria inanimada. Toda essa atividade depende da transferência de elétrons entre substâncias, de elétrons ativados trocando de orbitais, de íons hidrogênio em solução, entre outros fenômenos, podem ser encarados como uma 'atividade' quântica. Isso pode explicar, por exemplo, o fato de que os seres vivos possuem reações que ainda transcendem as explicações fisiológicas clássicas.

O aproveitamento de conceitos revolucionários da física já foi feito por outras áreas do conhecimento com sucesso. O exemplo mais expressivo é o trabalho realizado pela física e filósofa da ciência Danah Zohar. Formada numa das universidades mais conceituadas do mundo, o *Massachusetts Institute of Technology*, autora de diversos livros e consultora de grandes empresas, Danah tem utilizado os conceitos da física quântica e da teoria do caos para melhorar o desempenho de empresas com resultados surpreendentes. Em seu principal livro, *O Ser Quântico*, ela lança mão de conceitos como o princípio da incerteza e a teoria do caos, e combate o reducionismo e excessiva avaliação analítica da realidade. Portanto o aproveitamento desses conceitos, também em sistemas biológicos, baseia-se numa tendência no mundo científico atual.

O livro *Medicina Vibracional*, escrito pelo médico norte americano Richard Gerber, propõe-se a discutir a introdução dos novos conceitos da física na medicina. Apesar de se aventurar em conclusões precipitadas e exageradas, esse livro reúne o resultado de várias pesquisas muito interessantes, e introduz alguns conceitos que merecem atenção. A questão mais interessante introduzida pelo autor é sobre os efeitos biológicos de campos eletromagnéticos de fraca intensidade. Um experimento conduzido na Universidade de Montreal por Bernard Grad revelou que sementes de cevada expostas à água tratada com campos eletromagnéticos fracos, apresentaram maior um índice de germinação, índice de crescimento, e as plantas germinadas tiveram maior capacidade de síntese de clorofila, que sementes expostas à água comum, todos índices estatisticamente significativos. Num outro experimento o Dr. Grad estudou a influência da exposição a campos eletromagnéticos fracos e às mãos de um curandeiro em camundongos com bócio induzido por dieta pobre em iodo associada ao medicamento propiltiouracil. Os camundongos foram sacrificados e as tireóides pesadas. Tanto o grupo exposto aos campos eletromagnético quanto o grupo que recebeu o tratamento por interposição das mãos de um curandeiro apresentaram tireóides com tamanho e peso significativamente menores que os controles. Grad demonstrou igualmente que o curandeiro era capaz de induzir com suas mão um campo eletromagnético fraco. Uma outra linha de investigação sobre esses efeitos foi conduzida pela Dra. Justa Smith,

que detectou um aumento da atividade enzimática da tripsina ‘in vitro’ após a exposição a campos eletromagnéticos fracos específicos. Num segundo momento, Smith inativou a tripsina e notou um ressurgimento de atividade enzimática significativa após a exposição aos campos eletromagnéticos. Gerber atribui esses achados à interferência desses campos eletromagnéticos com elétrons, tornando-os mais excitados, o que pode interferir na cinética química ou mesmo estimular o rearranjo espacial de uma enzima inativada. Gerber relaciona várias formas de tratamento ainda sem reconhecimento científico definitivo, como a ação farmacológica dos medicamentos homeopáticos e o poder de cura das mãos atribuídos a alguns curandeiros, que podem ser explicadas pela ação de campos magnéticos sobre os sistemas biológicos. Os achados acima citados e as conclusões de Gerber reforçam a possibilidade de haver, efetivamente, algum tipo de comunicação entre as propriedades quânticas e a fisiologia dos organismos vivos.

Esses conceitos podem parecer estranhos, mas eles merecem ser investigados seriamente. Quando os fundamentos da física quântica foram propostos por Niels Bohr, a maior parte dos físicos tratou-os com descrédito por considera-los incompatíveis com as leis da física e até mesmo contrários ao senso comum de realidade. Mas, com a crescente evidência experimental comprovando a teoria, esses físicos foram obrigados a reconhecer a teoria quântica e estudá-la. Por isso antes de rejeitar essas novas idéias, sem embasamento experimental para fazê-lo, simplesmente por parecerem demasiado exóticas, a comunidade médica acadêmica deveria preocupar-se promover mais estudos que pudessem definir melhor a sua veracidade científica.

O *princípio da complementaridade* foi uma das questões que mais ocupou Bohr. Ao se referir a esse princípio, Bohr disse que não era possível pensar em mecânica quântica sem sentir vertigens. Uma explicação simples para o sistema quântico é a seguinte: quando ‘indagado’, dependendo da pergunta, ‘responde’ de forma contraditória. Se você ‘pergunta’ ao elétron, ‘você é uma partícula’, ele diz ‘sim’. Em seguida você ‘pergunta’: ‘você é uma onda’, e ele responde ‘sim’ também! Onda ou partícula? Energia ou matéria? Bohr postulou que no ambiente quântico o sistema responde de acordo com

a solicitação, porque o sentido de realidade quântica é diferente da realidade no mundo macroscópico. Segundo Bohr, as subpartículas atômicas possuem tanto propriedades de matéria quanto de ondas eletromagnéticas. Essas qualidades, apesar de opostas, são complementares e assim contribuem, ambas, para o equilíbrio do mundo quântico. Segundo Prigogine e Stengers, o princípio da complementaridade demonstra a riqueza do real, que assim como na dualidade do mundo quântico, manifesta-se a cada linguagem, a cada estrutura lógica, a cada iluminação conceitual. O princípio da complementaridade permite propor duas considerações sobre a questão da ciência médica. A primeira é que não existe uma realidade definitiva em medicina. Quando somos procurados por um paciente, significa uma demanda por uma ação. Às vezes esta demanda é por uma ação objetiva. Mas muitas vezes a demanda é por uma ação subjetiva. Em geral o paciente quer as duas coisas. Ele se comporta como um elétron. Você pergunta, você quer uma solução objetiva e ele responde sim, mas no minuto seguinte solicita uma solução subjetiva. Portanto, qualquer forma de medicina tem que saber lidar com os dois tipos de situação para ser mais eficaz. A segunda questão que pode ser aproveitada é na leitura das formas de reação do organismo humano às diferentes agressões, e na evolução das patologias. Para essa discussão o ideal é recorrer a algumas formas tradicionais de medicina, que lidam com o conceito dos opostos.

Outra teoria que pode contribuir muito para avanços na ciência médica é a teoria do caos. Essa teoria surgiu recentemente, a partir de estudos da cinética de algumas reações químicas. Como já comentei, observava-se que essas reações seguiam por caminhos diferentes a partir de determinado momento. Esses momentos foram chamados de 'bifurcações', ou momentos onde o sistema segue por esse ou aquele caminho. Em outras reações químicas biológicas, a cinética apresentava-se mais complexa ainda. Essas reações foram chamadas de 'oscilações químicas turbulentas'. Notou-se que esse comportamento turbulento, na realidade respeitava algumas regras. Foram introduzidos os conceitos de atrator estranho e modo, permitindo algum entendimento de como se comportam os sistemas caóticos. Em sistemas biológicos como a medicina, infelizmente, ainda são restritas a aplicações da

teoria do caos, conforme a avaliação do que publica a maioria dos autores nas principais revistas científicas médicas atualmente. É muito incomum encontrar autores que recorrem à teoria do caos para explicar fenômenos patológicos ou fisiológicos.

Por fim cabe citar algumas idéias apresentadas no livro *Espaço, Tempo e Medicina*, do médico americano Larry Dossey. Quando o livro de Dossey chegou em minhas mãos, fruto de minhas pesquisas na *internet*, minha obra já estava bastante avançada, por isso foi inviável introduzir e mesclar suas idéias no texto da maioria dos seus capítulos. Por outro lado, foi muito gratificante ver que existem várias pessoas fazendo questionamentos semelhantes aos meus, procurando se basear em evidências científicas e buscando novos modelos na física e na matemática para explicar suas teorias. Dossey cita as críticas feitas por Ilya Prigogine aos modelos científicos aplicados às ciências biológicas, incluindo a medicina, mostra que não é possível separar os aspectos humanos da ciência médica, como discutido no capítulo 'A Perda da Humanidade', e discute a questão dos seres vivos como estruturas dissipativas, que guarda relação com as considerações sobre a entropia e a irreversibilidade. A principal idéia que Dossey lança em seu livro é que para um ser humano, é possível que a relação espaço-tempo se altere, sendo causa ou até consequência de doença. Nessa concepção, assim como pode ocorrer em fortes campos gravitacionais ou em grandes velocidades, a relação do espaço-tempo pode ser alterada nos organismos vivos sob estímulo patológico. Para caracterizar isso, Dossey introduz o conceito de 'doença do tempo', que significa um falta de ajuste entre o tempo biológico e o tempo real. Segundo Dossey, essa falta de ajuste causa problemas como hipertensão arterial e insônia.

No meu entender, o que a medicina precisa é de um choque para quebrar o seu modelo cartesiano e reducionista, como o choque causado pela teoria da relatividade geral, de Einstein, sobre a física no início do século. Nessa época o Universo era visto como um relógio onde os movimentos eram geometricamente simples e pré-determinados. A teoria da relatividade foi um choque de complexidade. Ela descreve um Universo muito mais complexo, e aproxima os corpos celestes, propondo que eles exercem influência entre si.

Da mesma forma, a medicina precisa se render às inúmeras evidências de que a fisiologia e os processos patológicos ou de doença do corpo humano são muito mais complexos do que parece, e que, interferir com essa biologia de forma mais segura e com qualidade de resultados exige desenvolver teorias, e em seguida metodologias para aperfeiçoar o diagnóstico e a aplicação de tratamentos médicos.

Fazer ciência de modo diferente

Uma pessoa com formação excessivamente cartesiana e conservadora, cético em relação a novas idéias na medicina, chegará ao fim desse texto dizendo que minhas colocações não passam de suposição, e que não disponho de evidências de que haja alguma alternativa melhor a do modelo científico clássico. Mas não pretendo trazer uma coleção de evidências. A vastidão do assunto me obriga a ter uma abordagem o mais sintética e objetiva com cada assunto tratado. Contudo não resisto a relatar, abaixo, uma metodologia de investigação na medicina implementada por um médico tradicional do Vietname, que logrou resolver um desafio que toda tecnologia da medicina e milhões de dólares em investimentos falharam em conseguir.

Pah Kuan Dan é um médico tradicional de uma pequena aldeia do interior do Vietname. Ele origina-se de uma família de médicos cujo conhecimento é passado de geração para geração há vários séculos, mas não possui formação de médico ocidental. Na década de 80, Pah Kuan Dan perdeu o irmão devido ao vício em opiáceos. A dependência de derivados do ópio no Vietname é um sério problema de saúde pública, devido à proximidade das zonas produtoras, tornando o acesso a essas drogas fácil e o preço barato. Por isso, vários outros parentes de Pah Kuan Dan, entre elas seu pai e seu irmão, foram vítimas da dependência de opiáceos e acabaram sucumbindo à destruição gerada pelo vício. Após a morte do irmão, Pah Kuan Dan ficou revoltado e resolveu encontrar uma cura para essa terrível doença. Para isso usou a seguinte metodologia. Viciou-se em opiáceos e começou a usar seu conhecimento tradicional para juntar ervas medicinais fazendo um composto que conseguisse resolver o problema. Passou dois anos

trabalhando em sua fórmula, de acordo com os sintomas que tinha, até que um dia conseguiu um composto de 13 plantas que aboliam completamente os sintomas de abstinência e tiravam o desejo de retornar ao vício. Livre dos derivados do ópio, Pah Kuan Dan começou a tratar viciados de sua aldeia, obtendo excelentes resultados. As histórias de suas curas foram se espalhando pelo Vietname, o que motivou um encontro com as autoridades de saúde locais, para discutir o emprego da fórmula pelo Ministério da Saúde visando uma redução do problema da dependência de derivados do ópio. Foi então feita uma série inicial onde o composto foi dado a 130 mutilados de guerra que recebiam suas doses de opiáceo gratuitamente do Ministério da Saúde todo mês. No mês seguinte 70% dos 130 mutilados não voltaram para pegar suas doses mensais, sem qualquer tratamento adicional. Trata-se, de longe, do melhor e mais expressivo resultado obtido por qualquer tratamento em dependência de opióides em todo mundo! Para ser possível ao leigo ter uma avaliação da eficiência do composto de ervas, nos centros mais avançados para o de tratamento de dependentes, onde o tempo de internação é de sete meses, e são empregadas várias técnicas de tratamento associadas, incluindo psicoterapia, desenvolvimento de capacidade artística ou profissional, drogas modernas como metadona e antidepressivos, hipnose, e até acupuntura, o índice de sucesso é inferior a 40%. Com esses resultados, a Organização Mundial da Saúde montou um projeto de pesquisa clínica no Vietname, para avaliar a aplicação clínica do composto de ervas. Nesse estudo o composto foi chamado de Heatos, e sua composição química, assim como uma padronização, está sendo estudada com intuito de patentear o produto. Os resultados do estudo até o momento mostram a necessidade de apenas 6 dias de internação e um tratamento total que dura dois meses. Usando apenas o Heatos nesse período, 80% dos dependentes de opiáceos apresentam-se livres de recaídas até 1 ano após o término do tratamento.

Nessa história, um médico tradicional, munido apenas de coragem, do arsenal terapêutico representado por cerca de 600 plantas da medicina tradicional, e de um modelo baseado na medicina oriental, consegue desenvolver um tratamento eficiente para uma das doenças mais difíceis de tratar pela medicina. Milhões de dólares, tecnologia de ponta e o trabalho

de muitos pesquisadores já foram empregados, durante anos, sem que resultados satisfatórios fossem conseguidos pelo método convencional da ciência. E vemos um único indivíduo desafiar e derrotar toda a incrível estrutura da indústria farmacêutica usando o método tradicional. Você acha que isso é sorte? Pela lei das probabilidades, é mais provável uma pessoa morrer fulminada por um meteorito do que um composto desse tipo, para uma questão problemática como dependência de drogas, ser descoberto por acaso. Então, isso significa que o método tradicional é eficiente para nortear novas descobertas, lida de forma mais eficiente com a questão multifatorial que o método científico clássico, e pode significar uma economia de milhões de dólares de recursos aplicados nessa área. Notemos outro aspecto de grande interesse, o fato do método tradicional se orientar pelos sintomas subjetivos gerados pelas doenças. Isso pode auxiliar a entender melhor a origem desses sintomas, correlacioná-los com alterações da fisiologia corporal e a encontrar soluções para sintomas que os médicos costumam tratar apenas com calmantes.

Equívocos conceituais, conservadorismo e iatrogenia

Ao meu ver, muitos médicos são mais vítimas do que carrascos nas atuais circunstâncias. Eles são formados com idéias limitadas e ultrapassadas nas escolas de medicina. Sabem que exercem uma atividade de alta responsabilidade, por isso são muito conservadores, e só costumam se convencer de novos conceitos após muitos estudos científicos. E, hoje em dia, trabalham pressionados pelas grandes empresas e interesses econômicos que dominaram a medicina. Mas médicos também têm responsabilidade sobre a atual situação: as vezes são muito arrogantes e não gostam de admitir que erram, usam os dogmas médicos para se defender sem qualquer autocrítica, e estão se tornando cada vez mais técnicos e menos sensíveis. É muito mais cômodo agarrar a medicina como ela é e aplicar seus conhecimentos do que ficar questionando e se colocando em posição delicada com seus colegas.

Não obstante, a percepção geral é de que a iatrogenia não pára de aumentar. Isso faz as pessoas ficarem desconfiadas de tratamentos e dos

médicos em geral, e questionam as condutas propostas. Todo dia conheço mais e mais pessoas que me contam experiências ruins com a medicina, causando todo tipo de problema, desde uma cicatriz feia até a perda de um ente querido. É essa quantidade de histórias tristes e pacientes insatisfeitos que está dando a percepção geral que há um problema na medicina, e assusta as pessoas, mesmo que não haja uma estatística objetiva para comprovar o problema. A causa do aumento na iatrogenia, ao meu ver, vem dos equívocos conceituais da ciência médica, associados à incapacidade do médico de questionar os valores estanques que lhe são oferecidos, adaptando os tratamentos à realidade dos pacientes. Médicos tornaram-se tecnicistas demais, conversam pouco com seus pacientes, não se interessam por sua subjetividade. É claro que estou generalizando e nem todos os médicos se comportam dessa maneira. Ainda é possível encontrar grandes profissionais, que são humanos, têm bom senso para adequar as condutas à realidade dos seus pacientes com enorme capacidade técnica. Não obstante, hoje em dia os profissionais com esse perfil ainda são a exceção e não a regra.

A Medicina Moderna é uma Ciência ?¹⁴

Vernon COLEMAN¹⁵

Médicos, pesquisadores em Medicina e as companhias farmacêuticas gostam de persuadir a todos os atuais e potenciais consumidores de assistência médica de que a Medicina é uma Ciência e que ela avançou muito além dos encantamentos míticos e dos remédios dos curandeiros do passado. Mas a Medicina Moderna *não é uma Ciência* e os clínicos e pesquisadores médicos *não são cientistas*. Os clínicos modernos podem usar técnicas científicas, mas na maneira como tratam os seus pacientes continuam a ser curandeiros. O fundamento do pensamento médico moderno do Século XX é o princípio cartesiano de que embora a mente e o corpo estejam ligados entre si, são eles essencialmente entes distintos. Em consonância com esse princípio, os doutores tratam a lesão ou o órgão que acreditam esteja a funcionar mal, ao invés do paciente, os seus temores e sintomas. Concebem testes de laboratório e crêem que, ao tratar anormalidades, estão agindo cientificamente.

Mas, já que os doutores têm uma pobre idéia do que sejam níveis “normais” dos componentes do sangue (pois quase sempre medem os níveis de substâncias sanguíneas de pessoas enfermas), o sucesso do tratamento é geralmente medido pelo sucesso do doutor em mudar os resultados dos testes de laboratório, ao invés da promoção da melhora do paciente. Quando um paciente se queixa de dor, o doutor aplica testes para descobrir a causa da dor, mas não trata da dor, porque assim fazendo iria interferir com os resultados

14 Tradução de: Mário R. Fonseca (Brasília) (mfonseca50@uol.com.br). Ver: Amrit-Manthan International Journal (www.healthwisdom.org/amrit/amrit.htm) e <http://www.paradisenow.net/medicina-moderna-nao-ciencia.html>

15 Médico e pesquisador. Autor de 114 obras, com mais de 2 milhões de cópias vendidas na Inglaterra; traduções em mais de 23 línguas e 50 países. Veja www.vernoncoleman.com

dos testes. Enquanto isso, o paciente sente tanta dor que se vê ainda mais enfermo. Em razão dessa fundamentação, não é surpresa o fato de que a reputação da Medicina Alopática, como um dos ramos terapêuticos da Ciência esteja se despedaçando com tanta rapidez. Um número exageradamente alto de médicos modernos nem cura, nem cuida devidamente. O clínico e pesquisador médico moderno fundamenta as suas opiniões e conclusões quase que exclusivamente em observações subjetivas e em expectativas nebulosas que tendem a tomar por base perspectivas históricas imprecisas e experimentos com membros de outras espécies.

A superstição e a suspeita têm sido os principais fundamentos da Ciência médica do século XX. Constroem-se erros sobre erros e teorias não provadas são usadas como blocos constituintes de novas idéias. Suposições, preconceitos e rumores competem com observações subjetivas e com interpretações pessoais de sintomas e de sinais para a atenção do compromisso do médico. Para serem verdadeiramente científicos, os médicos teriam de subordinar as suas opiniões pessoais ao conhecimento imparcial obtido por meio da análise e da experimentação; mas se assim o fizessem perderiam eles a mística e a autoridade que têm sido, tradicionalmente, uma parte integrante de sua armadura protetora. Na Ciência verdadeira, nasce uma idéia e ela é então testada, antes de se chegar a conclusões. Sem a experimentação não pode haver Ciência e uma idéia nunca passará de uma opinião ou de uma hipótese. Os verdadeiros cientistas tudo farão para invalidar as suas hipóteses, não se utilizando de probabilidade, chance, coincidência e do efeito placebo; igualmente, ignoram o orgulho, a vaidade e todas as pressões comerciais, em sua busca da verdade. Triste é verificar que tal devoção é realmente rara, no mundo da Medicina. Com exagerada freqüência, os médicos se utilizam de *relatórios casuísticos* como testemunhos da verdade. Admitem eles que cada paciente é distinto dos demais e então chegam a conclusões sobre o tratamento de milhares de pacientes, a partir de relatórios sobre casos individuais publicados numa revista médica. A estatística é essencial para determinar probabilidades, para elaborar previsões e para escolher o melhor remédio possível, mas os médicos, com freqüência, fazem as suas próprias interpretações das estatísticas. Dirá um médico: “Atendi a 300 pacientes com

essa doença nos últimos 5 anos e esse tratamento ou tal remédio é o melhor”. Ele poderá esquecer (?) ou ignorar o fato de que alguns dos seus pacientes possam ter morrido e que muitos deles possam não ter tido melhora alguma. Quando os casos individuais são examinados subjetivamente, a mente do observador pode, e com frequência, distorcer os fatos, no sentido de proteger o orgulho e a vaidade do observador.

A maioria dos pacientes provavelmente crê que quando um médico propõe o uso de um tratamento aceito para a cura de uma doença ele estará usando um tratamento que foi de fato testado, examinado e aprovado. Mas não se trata disso. A verdade cruel é que a maioria das pesquisas médicas é organizada, paga e encomendada ou subsidiada pela indústria farmacêutica (e também pelas indústrias alimentícia, do fumo e do álcool). Esse tipo de pesquisa é concebido para encontrar evidências de que um novo produto possui valor comercial. As companhias que encomendam tais pesquisas não estão profundamente preocupadas com evidências; o que procuram são conclusões que possibilitem a venda de seus produtos. A pesquisa encomendada pela indústria farmacêutica se faz mais para obter relatórios favoráveis do que para encontrar a verdade.

O treinamento médico de hoje se baseia em afirmações e em opiniões, ao invés de ser realizado com base na investigação e na experiência científica. Nas faculdades de medicina os estudantes são bombardeados com informações mas lhes é negado o tempo ou a oportunidade de questionar as afirmações autoritárias, oriundas de uma cultura médica arcaica. Continua e frequentemente novos tratamentos e novas técnicas são adotados de forma maciça, sem que tenha havido qualquer suporte científico para eles e sem que os médicos conheçam as suas conseqüências de longo prazo. Ao invés de experimentar e, então, pôr em prática técnicas testadas e confiáveis, os médicos modernos usam os seus pacientes como cobaias e praticam a sua magia negra como uma maciça experiência internacional.

Altas doses de pílulas anticoncepcionais foram prescritas durante anos a milhões de pacientes sem que ninguém soubesse exatamente o que poderia acontecer. Quando tornou-se evidente que tais pílulas estavam matando centenas de mulheres, foram adotadas doses menores de pílulas

contraceptivas. Como afirmei nos anos 60, ainda não sabemos qual o efeito que a pílula anticoncepcional terá nos filhos das mulheres que as usaram. A Medicina não prevê desastres – ela apenas reage a eles. Esse tipo de abordagem dificilmente pode ser descrito como sendo “científica”.

Três exemplos específicos ilustram como as técnicas médicas são adotadas em escala maciça sem que os médicos tenham qualquer noção do que poderia acontecer aos pacientes envolvidos. O uso de drogas para baixar o nível de colesterol do sangue, por exemplo. Se você está com alto nível de colesterol no sangue, deveria tentar fazer algo a respeito – tal como tomar um medicamento ? Senão, o rebaixamento forçado do nível de colesterol do sangue mostrar-se-á mais perigoso do que se nada fosse feito sobre o assunto? Há anos que muitos médicos e pacientes crêem que um paciente que possua um elevado nível de colesterol no sangue tem maior probabilidade de sofrer de problemas cardíacos, de hipertensão ou de um ataque do coração. Foram gastos milhões de libras esterlinas para testar o nível de colesterol no sangue de pacientes. E muitos pacientes foram amedrontados quase à morte, ao serem informados de que os seus níveis de colesterol no sangue estavam muito altos. Como resultado dessa crença, a indústria farmacêutica planejou, durante alguns anos, lançar maciçamente no mercado, drogas que promovessem a queda dos níveis de colesterol no sangue. As drogas promotoras da queda dos níveis de colesterol constituem o sonho de muitos. A indústria farmacêutica as adora porque sabe que há um mercado internacional imenso, de longo prazo, e ela adora mercados internacionais maciços, de longo termo. E os pacientes amam a idéia de tomar uma pílula para baixar o colesterol porque, embora creiam que um alto nível de colesterol signifique um alto risco de ataque cardíaco, não querem deixar de comer o alimento gorduroso que é a causa de um alto nível de colesterol no sangue. No período compreendido entre 1986 a 1990, o número de receitas prescrevendo drogas para baixar o colesterol triplicou, somente na Grã-Bretanha. Para o serviço de saúde e para os governos ao redor do mundo, a prescrição de drogas para baixar o colesterol é um negócio caro. Uma enorme proporção da população, aparentemente saudável, transformar-se-á em usuários freqüentes de pílulas. Os lucros da indústria farmacêutica internacional chegam à ordem de muitos bilhões.

Alguns testes parecem indicar que o simples fato de baixar o nível de colesterol do sangue nem sempre é sábio. Alguns médicos já chegaram até a argumentar que um nível exageradamente baixo de colesterol poderá levar a um alto risco de câncer. Mas os médicos, encorajados pela indústria farmacêutica, estão, no entanto, ocupados em escrever receitas que prescrevem medicamentos para baixar o nível de colesterol do sangue.

Examinemos agora um “experimento cirúrgico” que envolve a vasectomia de homens – e outro que envolve mulheres – o aumento do volume dos seios – como dois exemplos de técnicas médicas amplamente usadas e de segurança duvidosa. Ambos experimentos são procedimentos cirúrgicos executados em adultos saudáveis e jovens. A vasectomia tem sido popular durante várias décadas e, por todo o mundo, muitos milhões de homens já sofreram essa operação. Trata-se de um procedimento cirúrgico simples e rápido e o número de homens que a ele se submete está em franco crescimento. Os tubos que vêm dos testículos (onde se produz o esperma) ao pênis são simplesmente cortados ou selados e assim o esperma não pode passar. Ao final do ano de 1991 acredita-se que aproximadamente 50 milhões de homens jovens e saudáveis, no mundo, tenham sido vasectomizados. Há poucos anos, no entanto, alguns médicos começaram a ter receio sobre a segurança de tal intervenção, pois estudos independentes têm indicado que essa cirurgia poderá estar ligada ao câncer dos testículos ou da próstata, a doenças do coração, a desequilíbrios imunológicos, à falta de interesse em sexo ou ao envelhecimento precoce. A possível conexão com o câncer é um dos receios mais preocupantes. Por exemplo, um estudo com 3000 homens, na Escócia, que sofreram vasectomia, mostrou que 8 deles tiveram câncer nos testículos, num período de até 4 anos após a cirurgia.

Da mesma forma, o fato de que poderá haver perigo real associado às cirurgias para aumento dos seios com implantes de silicone tornou-se público de modo explosivo no início de 1992, embora a operação para o aumento dos seios, como a vasectomia para os homens, tenha sido popular durante várias décadas – e as preocupações com as conseqüências dessa cirurgia tenham sido expressas há muitos anos. Logo no seu início, os cirurgiões perceberam que a moda dos seios avantajados, amplamente divulgada, poderia se

tornar um excelente negócio e se empenharam com afinco para justificar aquilo que alguns céticos viam como nada mais que uma oportunidade de ganhar dinheiro. No início da década de 1980, a Associação Americana de Cirurgiões Plásticos e de Reabilitação argumentou haver um grande volume de informações e de opiniões médicas a alegar que essas deformidades (seios pequenos) constituem realmente uma doença. Os cirurgiões plásticos deram um nome à doença – micromastia – e fizeram o possível para veicular o mais que pudessem essa idéia. Avalia-se que, nos últimos 30 anos, 2 milhões de “vítimas” de micromastia tenham sido identificadas e “curadas” por cirurgiões plásticos, apenas na América do Norte.

No início, os cirurgiões injetavam o silicone diretamente no seio mas quando ficou evidente que esse procedimento poderia causar problemas - pois o silicone vagava pelo interior do corpo da paciente e começava a provocar vários tipos de reações e de problemas (sem contar o fato de que o seio aumentado rapidamente começava a se encolher, enquanto o seu volume aumentado com silicone, desaparecia) - os cirurgiões começaram então a instalar os seus “amplificadores de seios” em pequenos sacos plásticos, que se pensava serem mais seguros. Ao final do ano de 1991, entretanto, uma fortíssima controvérsia eclodiu, a respeito da segurança desses implantes. No dia 6 de janeiro de 1992, a Agência Nacional de Medicamentos e Alimentos (FDA) determinou aos médicos que interrompessem o uso de implantes com gel de silicone, enquanto analisava novas evidências que sugeriam a possibilidade de o gel causar reações auto-imunes ou desequilíbrios nos tecidos conectivos que provocavam fraqueza, dano ao sistema imunológico, memória fraca, fadiga, gripes crônicas e freqüentes, etc.

A ausência de evidência científica que apóie as práticas médicas é clara em todas as áreas da Medicina. Com pouquíssimas exceções, *não há certezas em Medicina*. O que o paciente receberá dependerá mais da chance e dos preconceitos pessoais do médico, do que da Ciência. Esse não é, naturalmente, um problema novo. No prefácio à sua peça de teatro “O Dilema do Médico”, George Bernard Shaw chama a atenção para o fato de que durante a primeira

grande epidemia de gripe que se deu no final do Século XIX, um jornal londrino enviou um jornalista, como se fora ele um paciente qualquer, para se consultar com os melhores médicos de então. O jornal então publicou detalhes do conselho e das prescrições dadas pelos médicos. Apesar do fato de que o jornalista se queixar exatamente dos mesmos sintomas aos muitos médicos consultados, o conselho e as prescrições dados eram todos distintos (diferentes). *Nada mudou*. Até mesmo nesses dias de aparente medicina de alta tecnologia há muitas – quase ilimitadas – variações nos tratamentos preferidos por médicos diferentes. Os médicos oferecem prescrições diferentes para sintomas exatamente idênticos; internam pacientes por períodos de tempo muito variados, mesmo para pacientes com problemas que se mostram idênticos.

Nos EUA, a cada ano, 61 em cada 100 pessoas¹⁶, são submetidas à cirurgia de safena. Na Inglaterra, apenas 6 em cada 100 – têm a mesma operação. No Japão, 1 paciente em 100000 será submetido à cirurgia coronária de ponte-safena. Nos EUA e na Dinamarca, cada 7 dentre 10 mulheres serão submetidas a uma histerectomia em algum estágio de suas vidas, mas na Inglaterra, 2 mulheres em 10 sofrerão a mesma cirurgia. Por que ? Será que as mulheres nos EUA estão se submetendo a um número excessivo de histerectomias ou as mulheres na Grã-Bretanha estão tendo uma carência nesse campo? Nos EUA, um de cada cinco bebês nasce de parto cesariano. Na Inglaterra e no País de Gales esse número é de 9%. No Japão o número é de 8 %.¹⁷

Até mesmo no âmbito de cada unidade hospitalar, verificam-se enormes variações entre as crenças de médicos diferentes. Alguns otorrinolaringologistas ainda crêem que amídalas e adenóides devem ser removidos na primeira oportunidade que se apresente, enquanto outros crêem que tais cirurgias são inúteis ou danosas e que raramente deveriam ser praticadas. Alguns cirurgiões removem vesículas biliares por meio de pequenas incisões, enquanto outros preferem incisões maiores. Alguns médicos ainda recomendam que pacientes com úlcera adotem uma dieta láctea, enquanto outros opinam que tal conselho dietético já deveria ter sido

16 O autor se refere a pessoas com problemas de ordem cardíaca (nota do org.)

17 Tais dados são do início dos anos 90 (nota do org.)

abandonado, por constituir uma peça da pré-história. Apesar de todas essas variações no tipo de tratamento oferecido, a maioria dos médicos ativos parece crer que o seu método de tratamento é de valor incontestável.

Mas, poderá você dizer, mesmo que os tratamentos não sejam selecionados com precisão científica, certamente os diagnósticos o são, não é? Mais uma vez a evidência não corrobora esse ponto de vista. Após uma pesquisa recente, dois médicos patologistas relataram que, após a execução de 400 autópsias, verificaram que em mais da metade dos pacientes o diagnóstico errado tinha sido feito. Isso nos leva a crer que em mais da metade dos casos, um tratamento equivocado foi administrado ao paciente. E como muitos dos tratamentos modernos são inquestionavelmente poderosos, isso nos leva também a crer que grande parte daqueles pacientes morreu em consequência do seu tratamento. Os dois patologistas relataram que doenças tratáveis não foram diagnosticadas em 1 de cada 7 pacientes. Verificaram que 65 casos de pneumonia, de um total de 134, não foram identificados, enquanto que de 51 pacientes que sofreram ataque cardíaco, os médicos falharam no diagnóstico em 18 deles. A ignorância tornou-se comum à prática médica.

Os médicos se esforçam muito para disfarçar o fato de que praticam uma magia negra, ao invés de uma Ciência. A profissão médica criou uma “pseudo-ciência” de proporções gigantescas e os médicos de hoje fazem uso de uma ampla gama de instrumentos e de testes, com que explicam e dignificam as suas intervenções. Isso, naturalmente, não é novidade. Os alquimistas da Idade Média e os curandeiros da África verificaram que as palavras e os feitiços eram próprios dos deuses e de bruxas e assim criaram uma secreta e impenetrável estrutura de ervas, canções, danças, chocalho de ossos especiais, cânticos e encantamentos cerimoniais. Os clínicos de hoje possuem um arsenal de ferramentas muito mais sofisticado. Eles têm a cirurgia a laser e psiquiatria, os “CAT scanners” (sofisticado instrumento de exploração eletrônica de áreas específicas do corpo) e os detectores de manganês *in serum* (no plasma) para incrementar a sua alegação de serem cientistas. Mas, apesar de tão boa que possa parecer a impenetrável pseudo-ciência e apesar de tão bem baseados em princípios científicos, equipamentos e técnicas, tudo não passa de pouco mais que feitiçaria. Os médicos podem

usar instrumentos científicos mas isso não os faz mais cientistas que um curandeiro o seria se pendurasse ao pescoço um estetoscópio e dançasse ao redor de um microscópio !

Ora, se os médicos fossem conscientes de que a Medicina não é uma Ciência e que estão praticando aquilo que inquestionavelmente se constitui no maior e no mais bem sucedido truque de confiança jamais aplicado, o dano seria mínimo. Mas o problema reside no fato de que a grande maioria dos médicos crê na mentira que lhes é ensinada; crêem que são cientistas e que praticam uma ciência aplicada. Uma das conseqüências dessa falsa fé é que os médicos usam a tecnologia disponível com pouca ou nenhuma atenção para com os seus pacientes: a eles foi ensinado aliar uma autoridade medieval e um sentimento de superioridade quase divino, com uma parafernália tecnológica do século XX. O resultado é o caos terapêutico. Os pacientes são exageradamente analisados por métodos selvagens e perigosos e os programas terapêuticos, que variam de um médico a outro, são planejados e definidos por meio de tentativas, ao invés de resultarem de uma análise científica de possibilidades e de conseqüências. Para se proteger da ansiedade que, de outra forma, acompanharia a sua ignorância e a sua carência de conhecimento, os médicos buscam segurança e conforto em seu mergulho na tecnologia.

Aos doutores é ensinado que a investigação é um fim em si mesma, ao invés de um mero sinal que leva a um fim terapêutico. As necessidades do paciente são esquecidas, enquanto que os médicos se vangloriam do seu conhecimento. Um número exageradamente grande de médicos se satisfaz, não por fazer melhorar os pacientes ou por aliviar deles o desconforto, mas em jogar uma série de jogos intelectuais em que a coleta e a análise de resultados de exames são vistas como muito mais importante do que o apoio e o conforto do paciente. Com exagerada freqüência, os pacientes são analisados em excesso, diagnosticados em excesso, tratados de forma exagerada e recebem *cuidados* insuficientes. A “cura”, e não os “cuidados”, tornou-se o único critério e o sucesso é, com exagerada freqüência, medido no laboratório, ao invés de o ser na enfermaria. Que aconteceu? Por que a Medicina falhou em tornar-se uma Ciência autêntica?

A resposta é simples. No último século a prática da Medicina tornou-se nada mais que um acessório da indústria farmacêutica e dos outros aspectos da enorme, poderosa e imensamente lucrativa indústria dos cuidados com a saúde ! A Medicina não é mais uma profissão independente. Os médicos tornaram-se nada mais que um elo de ligação entre a indústria farmacêutica e o consumidor.

Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente

André Martins Vilar de Carvalho¹⁸

Introdução

Na prática médica atual - tal como descrito por M. Foucault em sua conferência de 1974, proferida no IMS/UERJ, intitulada “O nascimento da medicina social” – os doentes tendem a perder “o direito sobre o seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem”, e por conseguinte sua autonomia. Autonomia no que diz respeito não somente à forma como serão tratados, mas também à determinação de seu modo de vida e de conduta. Autonomia portanto, aqui, entendida não no sentido kantiano de uma responsabilização moral, de uma elite sobre aqueles acusados de não seguir a norma ou a razão, mas no sentido de Espinosa, de uma assunção de si de corpo e alma, no respeito à realidade presente de cada um.

Neste sentido, pergunta-se Foucault, que significado têm alguns ritos religiosos populares, “senão uma espécie de resistência difusa à medicalização autoritária de seus corpos e doenças? Em lugar de ver nessas práticas religiosas um fenômeno residual de crenças arcaicas ainda não desaparecidas, não serão elas uma forma atual de luta política contra a medicalização autoritária, o controle médico?” (Foucault, 1974)

A medicina se tornaria assim uma moral, tendo como critério e supremo Bem o combate à doença. Ou melhor, um *ideal de saúde*. Mas que fronteira pode

18 Professor e pesquisador da Faculdade de Medicina e do PPG em Saúde Coletiva e PPG em Filosofia da UFRJ. Membro do *Espace Analytique de Paris*. Texto publicado originalmente na Revista Interface: comunicação, saúde, educação (ISSN: 1414-3283), v.8, n. 14, fev. 2004.

haver entre tal ideal de saúde, alienante e submisso ao poder médico, e algo da ordem da saúde, não ideal, mas efetiva, vinculado à potência singular da pessoa?

Em outras palavras, a autonomia dos indivíduos na coletividade estaria recuperada simplesmente por uma “resistência” ou reação às imposições de uma medicina oficial científica?

Medicina científica?

A medicina contemporânea orgulha-se de considerar-se ‘científica’. Mas, o que quer dizer ‘científico’? E, o que a medicina entende por isso?

A ciência caracteriza-se, desde seus primórdios com Aristóteles, como um conhecimento que se propõe a ter a capacidade de universalização, isto é, de ser universalizado. Como mostrara Aristóteles, não há ciência do particular, no sentido de que o conhecimento do particular enquanto particular não pode ser estendido a outros particulares, de modo que se torna um conhecimento aplicável somente ao próprio particular do qual fora extraído. Não há lei que valha somente para um caso – esta é a idéia. Um conhecimento, para que seja científico, deve poder abranger um espectro de casos que ultrapasse aqueles diretamente estudados. Assim o é com as leis da física, para ficarmos com um exemplo evidente. Certamente, no auge da crença na ciência pensava-se – e talvez ainda haja quem pense assim – que a ciência é válida universalmente; entenda-se, para todo o universo. Crença que tivera como consequência diversos modos de preconceito e autorizara diversos tipos de ações invasivas. Entendemos hoje que a ciência não é universal; todavia, seu caráter universalizante continua válido; dizemos apenas que um conhecimento é científico quando é válido para um determinado universo em questão. Para ser científico, tal conhecimento precisa ser extensível para além do caso estudado, mas já sabemos que não será extensível para todo o universo no sentido absoluto. Ao contrário, é necessário determinar as condições de extensibilidade do conhecimento obtido cientificamente, para que o conhecimento obtido continue a ter validade científica.

O caráter de universalização relativa, contudo, define as ciências em geral, não somente as ditas ‘ciências duras’ – afinal, a exemplaridade de um

estudo de caso pode servir para a compreensão de outros casos análogos ou semelhantes. O núcleo duro da ciência se dá por seu instrumento que permite uma universalização maior: a matemática, isto é, o formalismo matemático. A ciência, neste sentido ‘duro’, trabalha necessariamente com reduções: reduz o objeto complexo real a sistemas formais. Esta formalização permite uma maior universalização, mas perde, *ipso facto*, as características singulares do objeto estudado. A vantagem disso é poder ser estendida a um universo maior, por não carregar características singulares dos objetos iniciais; a desvantagem, é a mesma perda destas singularidades (Morin, 1982; 1991; Deleuze & Guattari, 1991; Martins, 1999).

Ainda assim, esta operação de redução e posterior universalização deve ser observada com atenção, pois toda universalização, como vimos, é relativa, isto é, não é extensível ou válida indiferentemente para todo e qualquer caso. Aqui reside o primeiro problema: uma pesquisa feita com pessoas de uma certa cultura – a norte-americana, por exemplo –, será universalizável para além do universo daquela cultura? Sempre? Sob quais condições ou critérios? Observamos isso aqui em nosso país periférico? Não necessariamente, nem sempre, a princípio *não*. Este problema, evidentemente, não é apenas um problema de validade propriamente científico, mas também fundamentalmente político.

Do mesmo modo: uma pesquisa feita com financiamento de indústrias químicas, sobre o que elas próprias produzem, são isentas? Pesquisas sobre uma suposta não nocividade do asbesto para os trabalhadores, financiadas por uma indústria de amianto, serão científicas? (Bittar, 2000) Uma indústria farmacológica que faz pesquisas que mostrem os supostos benefícios de suas drogas sem contextualizar as demais questões envolvidas em seu uso, estas serão científicas? O problema é que a resposta aqui é: **sim**, pode ser científica. E isso depende de quê? Simplesmente do fato de tal pesquisa ter seguido critérios *formais* rigorosos de redução. O que quero enfatizar é que seguir o método científico de redução não garante que o resultado encontrado *corresponda à realidade*. O que é científico segue normas que numa determinada época e contexto são consideradas científicas, formais,

protocolares; não quer dizer que seja *verdadeiro*. A cientificidade não é índice de veracidade.

Ou seja, a grande confusão que é feita se dá entre pensar que seguir métodos pré-estabelecidos de redução formal é o mesmo que ‘dizer a verdade’. A ciência passa, então, a ser tomada não mais cientificamente, mas como um oráculo que revelaria a verdade do objeto estudado. Não é assim. Ao contrário, se a ciência dissesse a verdade não seria ciência, mas dogma, isto é, o contrário do que ela se propõe a ser. Se seguir o método levasse à verdade, esta estaria contida no resultado obtido e a própria ciência não seria mais necessária. Seria um dogma, uma crença na verdade, não a criação de suportes de compreensão de realidades.

Em suma, o que caracteriza a ciência é seu caráter redutor. Na redução, perdem-se muitos aspectos do objeto real, tanto aspectos não quantificáveis por natureza (e não menos reais e efetivos por isso), quanto outros aspectos quantificáveis mas que não entraram no estudo em questão. Sendo assim, os resultados da redução necessariamente serão incompletos, refletirão uma única perspectiva, ou algumas poucas. Mas assim é a ciência, e disso ela tira suas vantagens e ao mesmo tempo encontra seus limites.

O que já não é mais ciência, mas cientificismo ou positivismo – o sufixo ‘ismo’ indicando aqui o caráter ideológico e não científico do termo –, é pensarmos que à redução, aos aspectos redutíveis e quantificáveis, corresponde a verdade, ou a verdade total, ou o que interessa do objeto estudado (o que lhe é supostamente essencial). Acredita-se nisso por ingenuidade, por interesses políticos, e/ou por mecanismos defensivos – por uma necessidade psíquica da *crença* no mito da ‘certeza’, a conjurar as inseguranças advindas do mundo mutante que é o da vida.

Quando a medicina se arvora em se considerar ‘científica’, em primeiro lugar incorre num erro: ela não é em si científica, mas sim utiliza a ciência. Em segundo lugar, em geral considera que está do lado da ‘verdade’, que é uma medicina verdadeira, que seus dados são verdadeiros ou dizem a verdade, que suas reduções são a verdade (a essência verdadeira) do objeto em questão. Em terceiro lugar, justamente por estes dois pontos anteriores, isto é, por julgar-se científica e entender que é verdadeira por isso, em geral a medicina tende

a esquecer que seu 'objeto' é um paciente real, concreto, que ultrapassa em complexidade os esquemas orgânicos, fisiopatológicos, físico-químicos, que sua 'ciência' pode abarcar. A ciência pode ser tida eventualmente como 'exata', mas o ser humano não o é nem nunca será. Isso quer dizer que, se abstraímos o mau uso do termo e as más compreensões daí decorrentes, e considerarmos que a ciência é científica sim, mas apenas no sentido inócuo de que utiliza resultados de pesquisa científica, isto é, seguindo métodos considerados atualmente válidos de redução formal, ainda assim somos obrigados a admitir que a medicina pode ser, nestes termos, científica, mas jamais será somente científica, pois que é também *terapêutica*. Ou seja, sempre que a medicina desejar ser terapêutica, *tratar* um ser humano, considerando-se apenas 'científica', isso não será vantagem nenhuma, mas uma enorme desvantagem, pois o médico que assim pensar e praticar a medicina certamente estará limitando sua compreensão do processo de saúde e doença, e provavelmente encontrará e mesmo poderá provocar inadvertidamente problemas de ordem psicológica na relação com o paciente, o que tenderá a agravar as condições de saúde deste. Como também o risco de o seu sentimento de onipotência prejudicar sua própria atuação e eficácia estritamente técnicas.

O poder médico

Pois bem, a crença na ciência – como toda crença, nada científica – tende a levar o médico que a ela adere consciente ou inconscientemente a assumir uma posição de onipotência diante da dita doença do paciente, e por conseguinte diante do próprio paciente. Aquele passa a ser visto como devendo necessariamente submeter-se à sua tutela, de modo por vezes incondicional. Algo da ordem de uma abdicação temporária – enquanto for 'seu paciente' – de sua autonomia, de seu poder de reflexão sobre si mesmo, de decisão sobre si, de conhecimento intuitivo e sobretudo vivencial de si mesmo. Passa a ser visto como um amontoado de órgãos, como uma máquina que 'deu defeito', e que precisa ser reparada segundo o que a ciência *do* médico diz. É esta crença na 'verdade científica' que faz com que o médico acredite que pode, ou mesmo deve, se dar ao direito de invadir a autonomia do indivíduo para lhe

impor a ‘verdade’. Ou, ao menos, o discurso da ‘verdade científica’ é o que lhe serve de álibi para o exercício de poder sobre o paciente. De um modo ou de outro, este poder é exercido como se fosse de direito, necessário e inevitável – mas não é nem de direito nem necessário para o tratamento; muito pelo contrário, é um fator que contribui para o insucesso de um tratamento, ao menos psiquicamente, o que deveras é altamente significativo.

Segundo a doutrina da ‘verdade científica’, o médico passa a ser um guardião da verdade que deve ser imposta ao paciente que, por ter ‘pecado’, perde todos os seus direitos, e deve ter seu defeito corrigido por aquele que supostamente ‘sabe’ a verdade sobre o corpo do paciente.

Esta relação de poder fica ainda mais clara quando a prática médico-‘científica’ se dá em hospitais públicos junto a uma população de baixa renda. Esta, já excluída politicamente e socialmente no dia-a-dia da cidade, além de não ter o poder financeiro, em geral não tem estudo superior, não partilhando assim da mesma *cultura* do médico, nem parecendo àqueles que valorizam a dita ‘racionalidade’ como alguém digno de ter sua autonomia respeitada. Estes pacientes, além de serem pacientes, tenderão a ver seus direitos de autonomia desrespeitados também por não serem vistos como autônomos mesmo quando não estão na condição de pacientes, parecendo assim duplamente inferiorizados perante a onipotência médica, como sentimento tanto sócio-cultural quanto corporativo.

Em termos mais gerais, o médico positivista, organicista e cientificista é um reflexo de interesses financeiros mundiais, que em nome da ciência impõem uma medicalização da vida, para fins financeiros. Lucra-se com a venda de remédios, fármacos, drogas, aparelhos de biotecnologia. A saúde torna-se um comércio como outro qualquer. Em nome da ciência, o médico se sente o arauto da verdade, por vezes mesmo em detrimento da saúde do paciente. Mas em nome da verdade, na realidade torna-se um instrumento de um poder que lucra com sua devoção à causa, e que lhe acena com a devida recompensa financeira – seja com salários ou ganhos importantes, seja com presentes, brindes e viagens, seja simplesmente com um *status* e uma imagem social elevada.

Na ponta de uma cadeia, ele é o operador de uma farmacologia de cuja pesquisa em geral ele não participa, acreditando em pesquisas publicadas em outros países, em geral sem ter como aferir a validade de extensão destas para seus pacientes, alienado no domínio de sua própria profissão, virtuoso de cirurgias, o médico defronta-se quotidianamente com a morte, a enfermidade, a dor e o sofrimento, as dificuldades sociais de seus pacientes, e distante de compreender os processos sociais, somáticos, psíquicos e existenciais de saúde e doença, divide-se entre lamentar que o curso médico lhe tenha dado apenas um conhecimento técnico do exercício da profissão e não uma visão mais integral e humana da saúde e da enfermidade, ou ainda, agarra-se e esta visão redutora como aquilo que a psicanálise diagnostica com o nome de “defesa maníaca” (Winnicott, 1935). Neste caso, o não reconhecimento da autonomia do paciente configura-se como parte integrante da defesa, pois torna-se necessário para confirmar psiquicamente seu sentimento onipotente.

Onipotência no entanto não é potência nem opõe-se à impotência. Ao contrário, onipotência é defesa contra a ameaça de impotência, mas, reativa, mantém esta da qual se quer livrar. Ambas, portanto, impotência e sua máscara, a onipotência, se opõem à potência. É somente nesta que nos é possível reconhecer o outro em sua diferença sem considerá-lo inferior ou superior, sendo somente então possível reconhecer-lhe o direito inalienável de sua autonomia.

Medicalização da vida e resistência

Foucault (1979; 1961) é um dos autores a denunciar o poder médico e a medicalização da vida e da cultura em geral. Esta medicalização se difunde pela mídia e se vale do *label* de cientificidade para persuadir o público consumidor.

A partir deste ‘ideal de saúde’ propagado pela mídia e pela indústria médica, qualquer sinal de dor é visto como ultrajante e portanto como devendo ser aniquilado; qualquer diferença em relação ao ideal é vista como um desvio, um distanciamento maior, e insuportável, da perfeição colimada, devendo ser ‘corrigida’. Os afetos são mobilizados e manipulados narcisicamente no

sentido de suscitar nas pessoas o sentimento e a fantasia de que, caso não siga o ideal coletivo da saúde ideal, estará não só aquém da própria saúde ideal apresentada, mas sobretudo fora do grupamento humano atual, será um excluído simbólico, não comungará da moda que une as individualidades atuais, e assim sendo, estará aquém dos outros, dos incluídos. No mundo do faz-de-conta da saúde ideal, contudo, apesar dos anunciados milagres dos anti-depressivos, da biotecnologia e da ciência em geral, o paciente sentirá dor, se sentirá enfermo, buscará compreensão por parte do médico e da sua equipe, investidos estes em semi-deuses; e estes em algum momento poderão se auto-medicar até em excesso, sentirão dor, ficarão enfermos.

A medicalização da cultura tem como mortos e feridos os pacientes e os próprios médicos. É neste sentido que Foucault (1974), como vimos, aponta para os ritos religiosos populares como uma espécie de resistência difusa à medicalização autoritária de seus corpos e doenças. E nos alerta: “em lugar de ver nessas práticas religiosas um fenômeno residual de crenças arcaicas ainda não desaparecidas, não serão elas uma forma atual de luta política contra a medicalização autoritária, o controle médico?”

No Brasil tais ritos religiosos abundam, como sabemos todos. Seriam crenças arcaicas, isto é, anacrônicas, de um passado anterior à ciência iluminista? Indicariam a sobrevivência de uma crença anterior à crença atual na ciência? Uma forma ‘ultrapassada’ de crença, de legitimização, de poder, distantes das formas atuais e dos critérios atuais de instituição do poder? Ou seriam uma forma de luta política, contra o autoritarismo de um controle médico invasivo e presunçoso? Em tais ritos, os indivíduos, ao serem respeitados em sua autonomia, não teriam ali um ambiente facilitador para melhorarem, reabilitarem-se, recuperar a força, a potência e a firmeza abaladas?

Certo, podemos pensar: ora, troca-se uma crença – na cura trazida pela ciência – por outra – na cura trazida pela magia, espiritualidade etc.. Entre uma e outra, qual a diferença? Realmente, a reatividade de uma *cura* total, como a proposta pela medicina, não se resolve pela reatividade de uma cura mágica. Porém, é preciso entender que o fato de estes tratamentos outros serem tão procurados é um indício de que algo vai mal na proposta oficial. A

hipótese de Foucault é que um dos pontos principais é o da falta de autonomia impingida aos pacientes na medicina oficial, dita científica, seu discurso e sua postura de detentora da Verdade do outro. O que está sendo dito e deve ser ouvido é que, mesmo submetido a práticas mágicas, possivelmente o paciente sente-se ali mais respeitado como pessoa, em sua dignidade ontológica e existencial, inalienável e irreduzível. Qual a diferença entre um e outro modo de tratamento? Talvez uma maior autonomia e respeito – e o reconhecimento de que, se é verdade que nós não temos o controle de nosso próprio corpo, e que um tal saber sobre si nos ultrapassa, tampouco outra pessoa, por mais diplomada que seja, o terá.

Compreendendo e conceitualizando a saúde

O ideal de saúde da medicina “científica” - que em geral a define como “ausência de doença” - segue o famoso modelo cartesiano que concebe o corpo como uma máquina, devendo ser consertada caso dê algum defeito. Este modelo ignora ou menospreza o fato de que não há a tal máquina perfeita em relação à qual se saberia que outra estaria defeituosa. Em outras palavras, ignora ou quer ignorar que não existe perfeição, e que nosso corpo não é uma máquina, um mecanismo, mas um complexo vivo e singular. A ciência, tal como vimos, é bem vinda para obter um conhecimento universalizável deste corpo somatopsíquico complexo e intensivo; mas é igualmente importante entendermos que não somos o resultado da abstração científica, que abstrai singularidades para reter apenas traços muito gerais de nosso corpo. Exatamente isso: ao contrário do que se diz, a ciência trabalha com abstrações. Nosso corpo não se encaixa na abstração da máquina, senão ao preço de grandes perdas.

A filosofia, que não trabalha com reduções como a ciência, e portanto pode abrir mão das abstrações e simplificações da ciência para permanecer na imanência dos corpos, pensando-a em sua singularidade, permite-nos compreender o corpo sem ser como uma máquina. Um dos autores que refletiu muito sobre a saúde foi um médico e filósofo que, já formado filósofo, cursou a graduação de medicina e passou a exercê-la, e obteve um

Doutorado *em Medicina* com uma tese filosófica. Refiro-me a Canguilhem (1943) e a sua célebre tese *O normal e o patológico*. Reteremos, para nosso fio de raciocínio, apenas sua idéia central, dita aqui com nossas palavras, de que a saúde não se define pela média nem por um ideal, mas por sua plasticidade normativa. A média e o ideal são *normalizadores*, isto é, morais, impõem uma norma de conduta, de fora para dentro, do universal sobre o singular. Ao contrário, saudável quer dizer, segundo o conceito canguilhemiano, que se tem capacidade para incorporar normas diferentes das até então vigentes, e até mesmo normas patológicas sem se perder a capacidade de ação. Assim, podemos estar enfermos - etimologicamente *“não firmes”* - e ainda assim estarmos capazes e saudáveis em diversos outros aspectos de nossa vida ou atividade. Podemos estar fora da média, dos ideais culturais de saúde, mas capazes, ativos.

Espinosa (1675), um filósofo da época de Descartes, mas que se opôs a este e apresentou uma visão do ser humano como uma unidade somatopsíquica composta de multiplicidades, oferece-nos conceitos que podem ajudar a construir nosso conceito de saúde. Esta seria vista a partir da idéia de nossa *“potência de agir e de pensar”*. Como corpo e mente são vistos como aspectos de nossa unicidade, Espinosa em geral diz apenas *“potência de agir”*, incluindo nesta a de pensar. Podemos entendê-la, se quisermos, como *“potência de vida”*, ou como vitalização. A autonomia significa assim criação, auto-criação, *autopoiesis*: adoecemos porque uma afecção contrária à nossa vitalização baixou nossa potência de vida. Passivos, submergimos a esse *pathos*, à patologia. É preciso então que reencontremos nossa forma ativa - e não passiva, patológica - de ser, de termos nossa capacidade normativa recuperada.

Um médico pediatra e psicanalista do século XX, Winnicott (1971), também indicava a criação como fonte da saúde pessoal. É preciso que nos sintamos criando o mundo a partir de nossas criações pessoais partilhadas, para que estejamos ativos e vejamos o mundo como nos concernindo. Assim nos sentimos nos expandindo, nos realizando, vivendo. Ao contrário, em toda situação em que algo nos é imposto como uma verdade pronta, nos sentimos invadidos, impotentes, e aí sim o dever e

a vida nos pesam, pois que passam a nos oprimir. Recuperar a saúde, pois, necessita ser algo vivenciado pelo paciente como uma criação sua, para que faça sentido, para que a vitória sobre uma doença seja acompanhada efetivamente de uma recuperação da saúde da pessoa, isto é, que ela possa reapropriar-se de si, reencontrar efetivamente sua capacidade vital, capacidade “somatopsiquicamente” ativa e criativa em relação à sua vida.

A saúde é assim entendida como algo vivenciado, não passível de redução formal a medições, médias ou normalizações. E será sempre relativa e singular. Daí a importância, da parte de quem se propõe a promover a saúde, do respeito à individualidade daquele que é o receptor de sua ação ou terapia. A relação desigual de poder está desfeita no sentido moral ou valorativo. A hierarquia que permanece será a de funções, mas aquele que tem o poder de tratar do outro naquele momento, naquela situação terapêutica (e não *sem si*), precisa relacionar-se humanamente de igual para igual com seu paciente, pois não sabe mais dele que ele próprio. Simplesmente estudou para poder prestar-lhe serviço, e por isso é preciso que haja um entendimento entre as partes onde o médico ou profissional de saúde espera do paciente que este confie nele, para que ele possa lhe ajudar; mas não espera que esta confiança seja cega. Afinal, ele não é onipotente, e estará ali apenas esforçando-se para obter sucesso, dando o melhor de si e utilizando a favor de ambos seu aparato técnico, incluindo sempre que for o caso o aparato científico e tecnológico, que será usado caso o paciente entenda que assim será melhor.

Meu paciente me traz um problema; é preciso que ambos desejem se respeitar mutuamente e colaborar com o outro para o sucesso do tratamento, cujo andamento deverá ser negociado conjuntamente a cada momento crucial, e as decisões que somente o terapeuta poderá tomar deverão ser comunicadas e neste sentido partilhadas com aquele que se submeterá à ação. Afinal, o que está em jogo não é uma saúde ideal, objeto de uma fantasia científica, mas a saúde singular do indivíduo singular que está ali sendo tratado. Do mesmo modo, portanto, quem o trata não é um mandatário da ciência, mas um profissional singular que está ali.

É neste sentido que Campos da Paz Jr. (2002) entende como sendo o objetivo da medicina não a cura, mas a reabilitação. Assim como entende que a medicina não deve propriamente tratar doenças, mas doentes. A cura de uma doença tende a corresponder à extinção dos sintomas que indicam um mal funcionamento no organismo pensado não como um todo, mas como uma máquina. Mas a doença pertence ao doente e é o índice de alguma enfermidade que tem o acometimento de algum órgão ou sistema em particular apenas como efeito, não como causa da enfermidade. O objetivo do tratamento do doente passa a ser não a extinção do sintoma somente, mas a reabilitação do indivíduo como um todo, como uma unidade somatopsíquica, como um ser humano enfraquecido que necessita de apoio e tratamento inclusive após a extinção de sintomas, para reencontrar uma potência comprometida. Não ‘a mesma’ potência de antes, pois a seta do tempo só tem uma direção: trata-se de tornar-se novamente potente, a partir da realidade atual. “Não há retorno a uma inocência biológica”, afirma Canguilhem (1943), no sentido de que, justamente por não sermos máquinas, estamos sempre nos transformando, amadurecendo, avançando, sendo o resultado complexo de nossas experiências.

Por fim, esta concepção de saúde também se aproxima do que Nietzsche chamara de “a grande saúde” (1878: §4; 1887: §382; 1888: §1). Não se trata de um ideal de perfeição, irreal portanto, que põe a saúde real em débito face a um modelo propagado pela mídia e pela cultura – tal como a idéia perfeita platônica depreciando o mundo real, tomado como sua cópia degradada. Mas, sim, refere-se a uma concepção de saúde que engloba mesmo os momentos de enfermidade, consistindo na força plástica que nos permite ter potência de vida mesmo quando enfraquecidos em algum aspecto. A pequena saúde seria aquela, atrelada a um ideal, em nome da qual deixamos de viver. Aquela, tendo medo de perdê-la, não usamos para muita coisa. Neste mesmo sentido, Canguilhem nos lembra que a saúde implica podermos colocá-la em risco. **A grande saúde é um resultado final de nossas forças e fraquezas, presente e singular, que vivenciamos quando e sempre que conseguimos potencializar nossa vida mesmo em momentos difíceis.**

Se é a saúde vivenciada que importa, e não a saúde de algum “ideal científico”, fica-nos mais claro entender a importância de se reconhecer a autonomia do paciente. Para a grande saúde, é preciso aceitar que a vida é constituída inevitavelmente de dor e prazer, que o corpo se desgasta inevitavelmente para viver, que a morte é também inevitável, e que é preciso aceitar e elaborar perdas, para poder-se aceitar e aprovar tragicamente a vida; e não fingir que perdas não existem, ou depreciar esta vida em nome de um ideal de imortalidade ou de nirvana, de euforia ou de analgesia. O médico abre mão, assim, da fantasia onipotente de ser um semi-deus armado de uma ciência supostamente infalível, para conquistar a potência possível, efetiva e humana, de apoiar, com sua técnica e sua arte, outro ser humano num momento de debilidade.

Considerações finais

Nosso passeio reflexivo e conceitual, de cunho genealógico, nos leva a repensar certos aspectos da medicina dita científica, tais como a prevenção, por exemplo. Esta não deveria, segundo nosso raciocínio, limitar-se à prevenção alopática de sintomas, mas abranger uma compreensão mais ampla dos fatores que ultrapassam as fronteiras artificiais da abstração orgânica, abrindo-se para os fatores ambientais que influem na capacidade de imunidade metaestável de um indivíduo, este inserido numa coletividade. As próprias fronteiras da medicina atual estariam assim sendo questionadas, pela pergunta quanto ao seu objetivo: se ela continuará a ser o de curar doenças, ou se passará a ser o de tratar e reabilitar doentes. Neste último caso, deverá deixar de se conceber como representante da verdade para aceitar seu lugar junto a equipes de saúde, discutindo o encaminhamento dos tratamentos em questão junto a outros profissionais de saúde - psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, dentistas, etc.. A saúde deverá ser pensada e praticada em sua integralidade (Pinheiro & Mattos, 2003). Mas não apenas isso, também o ensino médico caberia oferecer aos futuros médicos uma formação onde disciplinas que enfoquem os aspectos psíquicos e sociais dos processos de saúde e doença sejam mais numerosas e não sejam estigmatizadas como dispensáveis e não-verdadeiras (porque não “científicas”) pelos professores das disciplinas tradicionais. Enfim, será preciso que a medicina se reassuma como uma arte terapêutica e clínica, mas

também que seja *mais* científica em seu uso da ciência, e portanto menos *ideológica* e *moral*. O cientificismo e o positivismo não são científicos, mas ideológicos e morais.

Assim, a prevenção se preocuparia em reforçar a imunidade dos pacientes não somente com o auxílio de drogas, mas também ou mesmo sobretudo com o reforço das defesas naturais do próprio corpo do indivíduo, a partir de sua alimentação e do suficiente funcionamento de seus sistemas orgânicos. Do mesmo modo, a promoção à saúde seria enfatizada, sendo no entanto menos moral e prescritiva, passando a acreditar mais na capacidade das pessoas em entender o que está em jogo e como podem fazer não para obter mais saúde ideal, mas sim mais saúde efetiva, isto é, como se pode aumentar sua potência de agir e de viver.

Da parte dos próprios médicos, são muitos os indícios, sejam negativos ou positivos, de que há algo de errado na prática e no ensino médico oficial. Muitos médicos aderem a medicinas alternativas, ou melhor dito, *integrativas*, aprendidas fora das faculdades de medicina, mas praticadas dentro de seus consultórios sob a égide da medicina oficial. Uns tantos médicos se tornam psicanalistas ou seguem uma formação *psi* para humanizar, complementar e aprofundar sua formação médica. Uns tantos médicos se drogam na tentativa de sustentar a onipotência imaginariamente exigida a eles. Alguns alunos abandonam as faculdades de medicina por questões existenciais. E muitos médicos se unem a ritos de cura religiosos os mais variados.

Se a medicalização da cultura, se o controle médico sobre o corpo das pessoas, sobre o direito de viver e como viver, sobre o direito de estar doente, de se curar e morrer como quiserem, se impõe a pacientes e a médicos, como em uma dialética do senhor e do escravo, por outro lado são muitas as formas de resistência – formas de sobrevivência, de preservação da autonomia ameaçada pelos outros e por si mesmo, pela subjetividade reinante.

Resistências que não são calculadas ou previstas estrategicamente, mas reações simplesmente defensivas, reatividades, mecanismos defensivos, podendo se constituir em outras formas de crença, outras cristalizações. Podemos também, no entanto, como profissionais da saúde ou como pessoas, buscar formas criativas de expressão, abrindo brechas em meio aos padrões e práticas reinantes, recriando formas de vida micropoliticamente. As resistências, reativas e não ativas, defensivas e não expansivas, são índices de uma luta, de um conflito de forças, indicam que algo não vai bem na

saúde ideal que o mercado apregoa. Que estas sirvam sobretudo de alerta, como um sintoma que indica o adoecimento de um corpo. É imprescindível contudo que possamos dar um passo além, contribuindo para novas práticas e novos valores, novos modos de fazer, de agir, de afetarmo-nos, de conceber e vivenciar o que seja a saúde, a potência de vida, e o próprio viver. As resistências lutam pela autonomia a partir do lugar de quem não a tem. É importante passarmos para criações singulares, tanto individuais quanto coletivas, que valorizem a autonomia e abram novos caminhos.

A partir da mensagem trazida tanto pelas formas desconstrutivas de resistência, quanto pelas formas construtivas de recriação, é importante entendermos que, a partir de uma micropolítica, a própria medicina "oficial" pode vir a se abrir, a se desencastelar, tendo como guia não as pressões do mercado, mas o objeto mesmo da medicina: a saúde das pessoas singulares inseridas no mundo - e não a correção de falhas em organismos mecânicos dissociados do mundo. Poderia assim, entender a importância da participação de cada pessoa enferma no processo de reabilitação e reconquista de sua própria saúde.

Referências bibliográficas

BITTAR, R. Indústria paga pesquisa pró-amianto: fabricante custeia estudo da Unicamp que vem sendo usado contra o banimento da fibra no país. *Valor Econômico*, n. 113, Brasília, segunda-feira, 09 de outubro de 2000.

CANGUILHEM, G. (1943) *O normal e o patológico*. Trad. Maria Thereza R. C. Barrocas. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. (1991) *O que é filosofia?* Trad. Éric Alliez. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

ESPINOSA, B. (1675) *Ética*. Trad. Joaquim de Carvalho, Joaquim F. Gomes e Antonio Simões. Lisboa: Relógio d'Água, 1992.

FOUCAULT, M. (1974) O nascimento da medicina social. *Microfísica do poder*. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. (1961) *História da loucura*. Trad. José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 1999.

MARTINS, A. Novos paradigmas e saúde. *Physis*, Revista de Saúde Coletiva, v.9, n.1. Rio de Janeiro: IMS/Eduerj, 1999.

MORIN, E. (1982) *Ciência com consciência*. Trad. Maria Gabriela Bragança e Maria da Graça Pinhão. Sintra: Europa-América, 1994.

_____. *Introdução ao pensamento complexo*. Lisboa: Instituto Piaget, 1991.

NIETZSCHE, F. (1878) Prólogo. *Humano demasiado humano*, I. Trad. Paulo César Souza. São Paulo: Cia das Letras, 2000.

_____. (1887) *A gaia ciência*, V. Trad. Paulo César Souza. São Paulo: Cia das Letras, 2001.

_____. (1888) *Nietzsche contra Wagner*. Trad. Paulo César Souza. São Paulo: Cia das Letras, 2000.

PAZ JR., A. C. *Tratando doentes e não doenças*. Brasília: Sarah Letras, 2002.

PELIZZOLI, MARCELO (ORG.). *Bioética como novo paradigma*. RJ: Vozes, 2007.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.) *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ / ABRASCO, 2003.

WINNICOTT, D. W. (1971) *O brincar e a realidade*. Trad. José Octávio A. Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. (1935) *A defesa maníaca. Da pediatria à psicanálise*. Trad. Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

Medicina: a renovação de paradigmas e a Antroposofia

Wesley Aragão de Moraes¹⁹

Introdução

Excetuando-se alguns movimentos isolados e em contrário, a medicina passa por uma fase histórica de intensa dependência da tecnologia, da aparelhagem, interligada intimamente à visão mecanicista do corpo humano e a uma mentalidade capitalista da prática médica. O profissional de saúde é treinado, basicamente, para compreender os detalhes biomecânicos do organismo humano e para trabalhar em parceria (dependência total) com a indústria farmacêutica e o mercado de tecnologias avançadas de diagnóstico disponíveis. Tudo isto, por um lado, não é necessariamente ruim; tem até suas vantagens. O fator negativo é que algo foi perdido, algo valioso na essência. Foi perdida a noção humanística do médico que vê o contexto sócio-cultural e espiritual do paciente. Foi perdida a cultura geral do médico, agora cada vez mais um técnico, um “mecânico de corpos”, ignorante das humanidades e das artes e dos aspectos psicológicos e espirituais mais profundos do ser humano – o que diminui muito sua sensibilidade e a necessária amplitude de visão que todo médico deve ter. Mas isso, assim descrito, está inserido apenas em um paradigma, ainda hegemônico, ao lado de outros que despontam.

Nos anos 30, o norte-americano Abraham Flexner, um pesquisador da “indústria da saúde” propôs, nas faculdades médicas, um modelo de ensino que recorta a saúde em direção às abordagens redutoras envolvidas na lógica

19 Médico. Doutor em Antropologia. Artista plástico. Professor Universitário e escritor na área de Medicina Antroposófica. Co-fundador do Instituto GAIA – RJ.

da doença *stricto sensu*, apoiada na indústria farmacêutica e nos custos e recursos hospitalares. A partir deste paradigma flexneriano, acentuou-se na formação dos médicos a mentalidade voltada para a *patogênese*. Além disto, a medicina e as profissões de saúde no Ocidente criaram um tipo de autonomia de forma excessivamente focalizada sobre o sujeito (máquina) doente (ou adoecível), deixando quase esquecido, por muito tempo, a noção de um sujeito ideal *sadio*. Esta noção de sujeito sadio já existiu antes, de modo implícito, entre os gregos (fazia parte da filosofia) e outros povos, por exemplo. Assim, podemos dizer que um dos prejuízos mais sérios da medicina foi determinado pela cisão entre esta e a *filosofia*. Houve um tempo em que todo médico era, de certo modo, filósofo e, todo filósofo, a seu modo, um tipo de terapeuta. Medicina e Filosofia como compreensão da vida faziam parte do caminho grego para o auto-conhecimento e o conhecimento do Cosmo. Filosofia não era, então, apenas reflexão abstrata, mas também conhecimento prático, conhecimento de mistérios do Cosmo que se abrem a nós - aprendizes da vida.

O médico helênico abria espaço para intermediários entre homens e Cosmo, aqueles que buscam ajudar seu semelhante a restabelecer a condição idealizada de força e harmonia, de bem viver, quando o mesmo a tivesse perdido. Consentâneo a este princípio, os centros médicos gregos eram lugares agradáveis, ornamentados de jardins floridos, fontes de águas limpas, belos gramados, onde as pessoas ouviam música, assistiam às apresentações teatrais, gozavam de uma “boa vida”. Comparativamente, os hospitais medievais posteriores ao helenismo eram lugares pútridos, escuros, sujos, onde os doentes eram depositados para morrerem. A noção de sujeito sadio começou a ser perdida com o advento da cristandade, sendo substituída aos poucos pela noção de um sujeito adoecível ou doente, vítima do miasma do pecado. Os mouros, inspirados nos gregos, devolveram um pouco à Europa medieval a noção de que a saúde tem a ver com a beleza, a limpeza, a cultura e a harmonia do espaço. Mas, após o século XVII, com a modernidade, a revolução científica e a industrial e o que daí advém, a noção de sujeito doente prevaleceu, e perdeu-se de vez a contra-imagem de um sujeito humano ideal sadio. Aliado a isto, as tecnologias surgidas ao longo dos séculos XIX

e XX substituíram as antigas sensibilidades médicas por recursos externos e instalou-se de vez a indústria da doença e a mercantilização da medicina. Este modo de ver passou a ser ensinado nas escolas médicas, e os jovens médicos assim formados passaram a repetir o padrão de pensamento pelo qual eram treinados, perdendo de vista o antigo, desconhecendo ou mesmo desprezando outras sensibilidades alternativas possíveis.

O paciente, por sua vez, é condicionado a procurar o médico ou o terapeuta quando está doente, ou quando não mais dá conta de seus males e sente que precisa de ajuda profissional. Muitas vezes, o paciente deseja que o terapeuta ou o médico aplique medidas rápidas que irão resolver a sua problemática existencial. O médico e o terapeuta, por sua vez, em muitos casos, acabam compactuando com esta disposição alienadora do paciente, colocando-se como profissional autoritário que irá ajudar externamente ao sujeito *passivo* que sofre suas dores – através da prescrição de um tranqüilizante, por exemplo, ou de procedimentos terapêuticos paliativos e que apenas atuam na superfície do sujeito. Pode ser que durante uma certa fase do tratamento isto seja tolerável, mas em pouco tempo será preciso mudar para uma relação mais ampla e profunda.

A medicina deve ser, antes de tudo, um ato movido por *Eros*, mais do que sistema de pensamento a respeito do combate à doença. *Eros*, no sentido amplo da palavra grega, refere-se não somente ao amor entre os amantes, mas também ao amor-amizade (*Eros filia*) e ao amor à humanidade (*Eros Ágape*). A medicina é um encontro, primariamente, de natureza *Fílica* e *Agápica*. É da compaixão (uma das manifestações básica do amor) e do interesse do sujeito pelo que ocorre com o outro que nasce a Medicina – e isto é presente em todas as sociedades humanas, podendo ser, assim, um valor universal.

Se a medicina limita-se a ser apenas raciocínio médico buscando esquematizar vínculos entre patologias e terapêuticas, de modo frio e

desumanizado, ela se prostitui, perde seu espírito. Isto não bastará. Há significados humanos complexos envolvidos no encontro entre o terapeuta/médico e seu paciente, porque, de fato, é uma relação interpessoal e não um encontro instrumental. A saúde e a doença decorrem, justamente, desse âmbito de significados humanos interindividuais no qual transitam a medicina e as terapias diversas. Antes de bactérias, vírus, proteínas anômalas, genes dominantes, fatores bioquímicos, degeneração celular, o sujeito é um mundo de significados. Estes significados transcorrem ao longo do tempo biográfico, e na interação do indivíduo com os outros indivíduos e com as injunções de sua sociedade. O indivíduo não existe isoladamente. Como postulou Ortega y Gasset²⁰, o indivíduo não apenas existe, mas coexiste. O indivíduo faz parte e se insere numa trama de eventos, de significados, de valores, da qual ele não pode sair. Ele é condenado a existir, como postulou o filósofo Jean Paul Sartre. A medicina deve compreender isso para, assim, “compreender” o mistério da doença ou o mistério da sanidade²¹. A doença e a saúde são, ambas, produto tanto da biografia individual – que é a história do sujeito – quanto da estrutura de valores da sociedade em que ele vive. Sociedades (ou Culturas) diversas produzem padrões diversos de saúde e doença, como demonstram as pesquisas em etnomedicina e em etnopsiquiatria²². Há doenças específicas de determinadas culturas, que não se apresentam em outras. Como “**cultura**”, podemos considerar aqui padrões coletivos de alimentação, de higiene, de habitação, de práticas corporais, de religião e de coesão e coerção social. Além disto, a “explicação” que em determinada sociedade/cultura se dá para esta ou para aquela doença é específica. O modelo médico moderno-ocidental pretende que a sua explicação para toda doença seja a única possível e verdadeira, porque “científica”. Na verdade, há aqui um equívoco arrogante básico: confunde-se “ciência” com “conhecimento”²³. O fato é que o que denominamos por “ciência” não é o único tipo de conhecimento válido. Ciência é uma forma de conhecimento, mas há outras formas de conhecimento extra-científicas

20 Cf. Marías, 2004.

21 Sobre isto, ver o texto de H.G. Gadamer: o mistério da saúde, traduzido pela ed. Vozes.

22 Cf. Laplantine, 1991.

23 Cf. Feyerabend, 1989.

e igualmente válidas e úteis para as sociedades humanas. Quanto ao aspecto individual, sujeitos diferentes expostos aos mesmos fatores reagem de modo diverso: são as idiossincrasias.

Em outras sociedades distintas da Ocidental moderna, a medicina sempre foi vinculada ao *Mythos*, que dava a ela categorias operacionais e demonstrava vínculos entre os seres – como, por exemplo, entre o humano e as plantas medicinais. A medicina moderna perdeu este espírito mitopoético carregado de sentido e símbolos, tornando-se, a partir da revolução industrial e do positivismo do século XIX, um apanhado de técnicas cada vez mais distantes da sabedoria e das humanidades.

A tendência que devemos combater com espírito crítico é aquela que determina que o médico seja aquele profissional formado em faculdades reducionistas, de tal modo a ser um agente social do paradigma vigente. Todo paciente seria um sujeito frágil (um complexo biomolecular desarranjado) precisando de ajuda (conserto). O próprio termo “paciente”, do latim *patiens* - que significa “o que sofre” - indica isto. O médico, assim, aprende a diagnosticar doenças e, em seguida, a tratá-las. A sua principal ferramenta de trabalho torna-se os medicamentos – seja o médico um “alopata” ou até mesmo um médico complementar que prescreve medicamentos fitoterápicos. Sua razão de ser é medicar, ou seja, prescrever fármacos e combater a doença que agride o paciente, o sujeito frágil. Este último seria uma figura queixosa e passiva, que se limitaria a ingerir o medicamento prescrito e a observar se há melhora dos sinais e sintomas. Mas isso tudo são papéis sociais, *scripts*, como se fosse um cenário no teatro da vida: “eu sou o terapeuta de branco, que vou curar e resolver a sua dor, e você é o pobre coitado que sofre e que se entrega a mim, e aguarda passivamente que o meu tratamento resolva tudo”. O médico torna-se então um profissional técnico inteiramente dependente de recursos laboratoriais cada vez mais sofisticados, sem os quais não consegue diagnosticar nada; e, também, dependente de uma farmacopéia química enorme. Sem isso, ele é quase nada. Perdeu-se aqui, nesta concepção de medicina, aquilo que a logoterapia de Vitor Frankl e a *Deseinsanalyse* de Binswanger mais valorizam, enquanto análises existenciais: o encontro afetivo e dialógico entre os indivíduos. Se não há este encontro, qualquer

reflexão mais profunda torna-se inadequada, desnecessária. O encontro médico está por demais assimétrico, porquanto parte da posição de um sujeito supostamente sadio (o terapeuta), diante de um sujeito visto como frágil (o paciente) - pode até ser real, mas não é prático, porque não é tudo. O encontro deve ser mais simétrico, entre dois sujeitos sadios – o sujeito sadio do terapeuta diante do potencial sujeito sadio do outro. O “paciente” o é, por um lado, pelo lado patogênico. Mas, o “paciente” também carrega consigo potencialmente o elemento de sanidade a ser enfatizado, resgatado, valorizado e ativado. E esse despertar não é primariamente um procedimento técnico, mas sim uma relação de acolhimento e amor entre um ser humano e o outro que o procura. Deve ser uma relação de compaixão, mas não propriamente de piedade, de pena. Compaixão pode ser simétrica, a pena é sempre assimétrica. A partir deste encontro erótico (*Eros*) simétrico como eixo central da clínica médica, a filosofia e seus desdobramentos básicos, tais como a sensibilidade ao diálogo e o compartilhamento de uma sabedoria de vida, tornam-se elementos fundamentais para a atuação do médico.

Entretanto, felizmente, outros paradigmas alternativos a este primeiro paradigma tecnocêntrico e capitalista têm surgido ao longo das últimas décadas. Além disso, muitos profissionais de saúde já possuem em si mesmos, por vocação, a consciência dessa postura humanista. Tais paradigmas emergentes tentam recuperar aquilo que foi aos poucos sendo perdido, ou seja, a visão humanística do médico e modelos de pensamento médico que consigam apreender dinâmicas mais sutis e integrais do ser humano.

Outros paradigmas de saúde

Ao longo da modernidade, difundiram-se - de forma paralela ao modelo médico vigente, às vezes até de uma forma um tanto “subterrânea” - outros modelos de pensamento médico, ditos antes “alternativos”, oriundos das mitopoiéticas orientais (medicina chinesa e acupuntura, medicina indiana) ou do próprio Ocidente, oriundos do naturalismo romântico do século XIX, como a homeopatia e afins (“florais de Bach”, por exemplo).

Incluo neste grupo dos modelos oriundos do próprio Ocidente a visão da Antroposofia em medicina – a qual trato mais adiante. A “contracultura”, tanto no século XIX (leia-se: movimento romântico), quanto no século XX (cuja última forma veio a ser o “movimento” *New Age*), produziu e favoreceu estes modelos ditos alternativos, ou de “para-medicinas” ou de “medicinas e terapias complementares”.

Estes modelos alternativos, ou seja, as medicinas e terapias complementares (integrativas), também ditas “holísticas”, provocaram, no mínimo, o repensar das categorias médicas vigentes, oriundas do materialismo do século XIX. Assim, “vida”, “saúde”, “mente”, “doença”, “cura”, “terapia”, “morte”, foram categorias repensadas e revistas, e outros aspectos foram propostos, inclusive diferentes técnicas corporais, medicamentos naturais e posturas de saúde e cura.

No modelo acadêmico das ciências naturais, quando se fala em “vida”, pensam-se nos fenômenos biológicos entendidos como processos materiais, bioquímicos. Com as propostas ditas “alternativas”, e mais detalhadamente a proposta da Antroposofia, afinada à fenomenologia dos filósofos do início do século XX, surge a noção de biografia, ou de “vida”, como algo mais amplo sob vários aspectos. Por um lado, a noção de biografia extrapola a vida biológica, embora a inclua, e insere-se na vida enquanto cultura, ou seja, enquanto história. Todo indivíduo é um ser histórico. E, como observou Ortega y Gasset “para que possamos compreender algo humano precisamos sempre contar uma história”²⁴. Por outro lado, “vida” se afina com a noção de um vitalismo moderno que propõe uma força invisível que rege os fenômenos reconhecidamente vitais e não apenas como um mecanismo bioquímico puramente material ou eletromagnético. Isto pode não ser “científico”, no estrito sentido academicista, mas é uma proposta de conhecimento que tem possibilidades práticas. E é o que mais importa. Samuel Hahnemann, ao fundar a homeopatia no século XIX, recorreu a esta noção, então disponível no imaginário dos românticos alemães, ditos vitalistas. Além disto, na proposta contracultural, “alma” e “espírito” (ou “eu”) retomam seu lugar de destaque diante da supremacia da noção de “corpo” como mecanismo e forma

24 Cf. Marías, 2004.

viva. Assim sendo, o ser humano é “alma” e “espírito” que habita um corpo vivo (isto é, movido por uma energia viva imaterial). Digo que “retomam” seu lugar porque o ocidente já teve estas noções, pré-modernas, oriundas do pensamento grego e escolástico-medieval. O ser humano não se limita a ser apenas uma forma viva mecânica movida à energia produzida ao nível biomolecular – como passou a ser visto a partir do século XIX.

Mudando-se as categorias, o *modus operandi* do profissional de saúde conseqüentemente muda. Dentro do paradigma vigente, um objetivo comumente proposto ao médico/terapeuta será o de apenas fazer fluir aqueles fluxos de vida que se encontram estagnados – muitas vezes produzindo patologias orgânicas ou da alma – e com os quais o paciente não consegue lidar sozinho. Para fazer fluir estes processos de vida – sejam orgânicos, funcionais ou anímicos – o médico lançará mão do *Pharmakon*, do medicamento-substância, que, por si só, não pode de forma alguma produzir uma *Metanóia* (noção helênica que significa “mudança de espírito”), alterando as raízes das intencionalidades do indivíduo e, conseqüentemente, o seu “tempo vital” daí para frente. O *Pharmakon* como medicamento tem o poder limitado de um auxiliar, de uma “entidade mercurial” que, inserida na dinâmica vital do indivíduo, mobiliza certos fluxos desequilibrados que atrapalham o projeto de vida do sujeito. O médico precisa ter consciência disto sempre: os medicamentos, sejam alopáticos ou homeopáticos, químicos ou naturais, ou as medidas cirúrgicas invasivas, não têm poder de alteração profunda sobre o Ser. Uma alteração profunda o bastante do Ser deve, antes de tudo, efetivar-se a partir da vontade auto-consciente, e não a partir de processos exteriores a este mesmo Ser. Isto não significa que não sejam úteis. Podem ser até catalisadores para tal. Entretanto, para ocorrer uma alteração do Ser – *Metanóia* - será essencial o despertar de uma voz interior de consciência capaz de reeducar o indivíduo de modo livre. Somente o “cuidar de si”, como diziam os gregos, teria profundidade suficiente para produzir uma *metanóia*, mesmo porque “cuidar” e “curar” são palavras latinas cognatas, sinônimas do grego *terapeuén* – que originou “terapia” ou “terapêutica”. Prescrever medicamentos ou realizar cirurgias não é curar, é apenas um recurso

auxiliar da medicina que vê não somente a patologia no indivíduo, mas vê a patologia que se mostra no “tempo vital” do indivíduo. Importa mais como o profissional se porta e se lança diante e dentro do sujeito, do que a técnica ou o recurso por ele utilizado ou a explicação que ele tenha do caso. Curar seria o gesto de se mudar o tempo e o projeto vital do indivíduo. E isto exige cumplicidade e interação no nível intersubjetivo, e não apenas a abordagem técnica. Esta noção essencial é resgatada pelas propostas contraculturais, tais como a da Antroposofia.

O que acontece na clínica com elevada frequência é que o paciente espera de seu médico/terapeuta apenas medidas farmacológicas ou explicações, nomes, conceitos, e o profissional é conivente com esta expectativa limitada da sua própria atuação. O melhor profissional, para muitos pacientes, será o que prescreve o *Pharmakon* adequado, que apague o mal-estar rapidamente, e explique satisfatoriamente o que aconteceu. Nem todas as pessoas estão realmente dispostas a uma *metanóia*, porque isto exigiria uma desconstrução de seus valores, de suas perspectivas, de seus apegos, de sua inautenticidade, e também de suas tendências inconscientes – e isto é por demais enfadonho.

Então, um outro objetivo do médico/terapeuta, além de fazer fluir a vida do paciente, é o de estimular neste as condições internas e externas para que ele tenha um “bom viver”. E um bom viver não significa ausência de doenças, mas significa *forças da alma*, como um aprendizado, como o despertar daquilo que H. Bergson chama de “attention a la vie”, consciência e energia para lidar com a vida tal como ela se nos apresenta. E aí temos de novo a noção já presente entre os gregos do “cuidar de si”²⁵. E, neste ponto, tal processo tanto interessa ao jovem – que estará começando a aprender a cuidar de si - quanto interessa ao indivíduo maduro, que deverá estar aprimorando isto. Deste modo, o profissional de saúde atuará como promotor de qualidade de vida.

E, assim, o papel do terapeuta/médico se ampliará no sentido de ajudar o paciente no processo de despertar este sujeito sadio interno. Isto pode ser feito através de um aconselhamento, ou orientação, através de exercícios de postura existencial, de programas individuais ou coletivos de cultura e saúde,

25 Entre outras, podemos ler sobre isso a obra *A hermenêutica do sujeito*, de M. Foucault.

com o apoio de dieta e medicação, e se necessário, psicoterapia, arte, leitura adequada, cursos, atividade física e outros.

Evidentemente, o médico já estará ajudando em muito ao paciente que não consegue sequer cuidar de si, impedido por uma doença degenerativa crônica tratável, vitimado por uma AIDS, por um câncer ou por uma leucemia, ou por um quadro de Alzheimer ou um desequilíbrio endócrino sério. Mas a medicina não precisa se limitar a este aspecto patogênico.

O paradigma da medicina ampliado pela Antroposofia

O que é antroposofia? Vista como um fenômeno cultural moderno, seria uma ciência, uma filosofia, uma proposta de auto-educação, uma proposta de estetização do saber? Eu diria que é um saber totalizante, aos moldes das propostas de *Pansophia* dos românticos do século XIX e que, além de reunir um pouco de vários tipos de saber, incluindo uma fenomenologia peculiar, observações racionais e intuições exotéricas, certamente tem implicações e aplicações possíveis em diversas áreas e em diversas formas de conhecimento moderno. A proposta foi elaborada por Rudolf Steiner no início do século XX. Steiner era um pensador, pedagogo, também artista, pesquisador das ciências naturais não vinculado ao academicismo, mas disposto a complementar (e não a acirrar o antagonismo) os méritos da academia. Além disto, Steiner era portador de uma moderna epistemologia da espiritualidade que de forma não mística, não mágico-religiosa, não confessional, mas experimental, resgataria a proximidade entre a fenomenologia do visível e a fenomenologia do invisível. Steiner propôs não exatamente uma “ciência”, no sentido acadêmico, mas um Conhecimento que não é em si necessariamente incompatível com o conhecimento acadêmico-científico, considerando-o em suas metas finais de desvendar mistérios da natureza e de trazer benefício prático.

No bojo desta sabedoria do humano, Steiner inseriu propostas que incluem uma filosofia do conhecimento aos moldes da noção de liberdade derivada do idealismo romântico de Fichte e Schelling, uma ontologia do humano – a constituição do *Anthropos* -, uma cosmologia esotérica que narra as Origens do Mundo, uma pedagogia escolar, uma medicina

completa com medicamentos e terapias, uma estética peculiar envolvendo várias artes e uma noção peculiar, neo-vitalista e neo-animista, de natureza e ecologia aplicável à agricultura. “Neo-vitalista” porque Steiner retoma a idéia romântica e alquímica de forças de vida, mas distinguindo-a das forças eletromagnéticas materiais. “Neo-animista” porque a antroposofia propõe que a consciência não se restringe ao humano, mas haveria, em intensidades distintas, intencionalidade em todas as coisas naturais, semelhantemente ao animismo dos povos tribais, mas diferindo deste por conter um discurso fichteano peculiar.

Em suas bases epistemológicas, a proposta de Steiner, por um lado, afina-se a um tipo de fenomenologia-existencialismo que reconhece o sujeito diante da existência, inteiramente livre, mas que, eu diria, afirma a possibilidade do acesso do livre pensar a um fundamento metafísico através de um processo de individuação – que Steiner denomina “iniciação”, remetendo às antigas disciplinas de mistérios. Por outro lado, Steiner retoma para si, de modo ousado, a tarefa de propor um Grande Sistema, um *Mythos* Cosmogônico e Antropogônico que insere a existência e o Ser numa ordem complexa de significação. Steiner afirmava não querer, todavia, seguidores crentes. Não queria propor uma doutrina, mas uma reflexão ousada, desafiando os limites gnosiológicos acadêmicos, sobre os fundamentos metafísicos da existência e propondo uma grande intencionalidade inserida no Todo. O conhecimento de tal *Mythos* através da leitura dos escritos publicados, afirmou o próprio Steiner, já é em si uma parte deste processo de “iniciação”, considerando que, de fato, um *conhecimento* fornecedor de significação existencial torna-se modificador de todo conhecedor.

A obra-proposta de Steiner pode ser vista em dois momentos ou domínios. Um domínio puramente racional e filosófico, que pertence à sua juventude, onde ele propõe uma filosofia da liberdade, transcendendo mais ainda a autonomia do sujeito kantiano em direção a um “idealismo ético” – e que implica em um meta-individualismo -, e uma filosofia do conhecimento goetheana, transcendendo os limites sensíveis do Ser em direção a uma intencionalidade do mundo em contínuas metamorfoses. Aqui teríamos

um Rudolf Steiner filósofo e epistemólogo que propõe um conhecimento objetivável ou demonstrável pela sua racionalidade, inspirado em Goethe. Num outro domínio, há o Steiner posterior, que trata de uma “Ciência do Espírito” (*Geisteswissenschaft*) como um caminho inteiramente subjetivo de “iniciação” – ou de auto-aprimoramento esotérico, de individuação, de um tipo peculiarmente gnóstico de *Bildung*²⁶.

* Domínio Filosófico – “filosofia da liberdade” e “gnosilogia goetheana”.

* Domínio Esotérico – “ciência do espírito” e via de “iniciação”.

No primeiro domínio, Rudolf Steiner trata da filosofia do conhecimento e da possibilidade de se conhecer os fundamentos metafísicos dos fenômenos de modo objetivo, inspirado em Goethe. No segundo domínio, trata de uma Gnose, no sentido helenístico do termo, significando uma disciplina subjetiva que levaria o indivíduo a constatar as intencionalidades suprassensíveis que regem o mundo – um tipo peculiar de vitalismo não materialista e um neo-animismo, que reconhece uma “alma do mundo” manifesta em cada pequeno fenômeno. Aqui há um Steiner que propõe um *Mythos* referente à origem primordial dos seres, às origens supra-sensíveis do sensível, à existência de uma ordem metafísica subjacente ao mundo físico e à possibilidade de um acesso cognitivo do sujeito a isso. A partir deste *Mythos*, Steiner propõe aplicações práticas em diversas áreas de saberes: medicina, educação, artes, agricultura, psicologia.

A ontologia humana em R. Steiner reelabora também as antigas noções esotéricas de um ser humano composto por níveis de Ser, por “corpos” que formam um complexo em níveis distintos de consciência. O *Anthropos* (humano) é visto como um todo composto por essencialidades que remetem à formação dos “reinos naturais”. Assim, o vínculo do *Anthropos* com a substancialidade material determina que tenhamos um “corpo físico”, feito de substâncias orgânicas e inorgânicas. Da mesma forma, o vínculo com o reino vegetal determina que tenhamos, além da substancialidade, processos vegetativos de crescimento, de regeneração e de inteligência celular – processos

26 *Bildung* traz a idéia de formação, construção, assimilação de cultura.

reunidos numa corporalidade própria, que é dinâmica, e não substancial, a que Steiner se refere como “corpo de forças formativas” ou “corpo etéreo”. E, semelhantemente, o vínculo do *Anthropos* com o reino animal determina que tenhamos processos psíquicos de sensibilidade, de afetividade, de desejo, de paixão, de egoísmo animal – processos estes reunidos numa corporalidade psíquica peculiar, o “corpo anímico” ou “corpo astral” (conforme uma terminologia helenística antiga). E, finalmente, o *Anthropos* se caracteriza como tal ao transcender o meramente animal, a partir da aptidão para a auto-consciência e para uma constatação existencial de Si mesmo como ente biográfico, naquele elemento ontológico que Steiner chama “Eu”, ou “Espírito”. Assim:

Eu
Corpo Anímico
Corpo Vital (ou de forças formativas)
Corpo Material

Esta ontologia do humano em níveis distintos do Ser leva também a implicações práticas e teóricas interessantes na psicologia, na medicina e na pedagogia. Os níveis, ou corpos, se aprimoram ao longo de ciclos cronológicos, cada qual em seu tempo. E assim, a compreensão de que o indivíduo não está completo, mas vai se construindo ao longo de fases, que correspondem ao amadurecimento desses corpos, leva a uma noção peculiar de desenvolvimento cíclico de biografia humana, da infância à senilidade. O *Mythos* da Antroposofia resgata e renova antigas concepções do Ocidente, perdidas e obscurecidas pelo racionalismo/materialismo do século XIX, tais como a noção qualitativa e hipocrática de “quatro elementos” (terra, água, ar e fogo) e seus correspondentes quatro temperamentos (melancólico, fleumático, sanguíneo e colérico). Resgata a antiga noção hipocrática da vida como constituída por ciclos de sete anos (setênios), onde os últimos ciclos refletem o que aconteceu nos primeiros. Resgata a noção do Cosmo constituído de forças/vibrações e que produz, no mundo visível, por “condensação”, qualidades de substâncias – por exemplo, sete esferas planetárias (Lua, Mercúrio, Vênus, Sol, Marte, Júpiter, Saturno), entendidas mais como níveis

de consciência e qualidades de forças do que relações espaciais astronômicas, e apresentam-se em sete metais terrestres (respectivamente, prata, mercúrio, cobre, ouro, ferro, estanho e chumbo). O médico/terapeuta poderia identificar no sujeito tais arquétipos provenientes das sete esferas planetárias (pois estas são constituintes internos do ser humano, que é visto como um Cosmo em miniatura). Ao identificar tais arquétipos, o médico/terapeuta pode avaliar sua dinâmica presente e, a partir desta avaliação, prescrever os respectivos metais. Da mesma forma, o mundo dos demais minerais (tais como carbono, silício, cálcio, sódio etc), o mundo das plantas e o mundo dos animais – ou seja, o Mundo Natural – vem constituir um imenso conjunto de arquétipos que se manifestam de modo complexo, um imenso conjunto de *Pharmakoi*. Antroposofia é um conhecimento dos Arquétipos. E a Medicina, uma vez iluminada pela Antroposofia, torna-se uma medicina que vê o homem como um conjunto de arquétipos que correspondem aos mesmos arquétipos presentes no Cosmo. Escolher uma terapia, um medicamento, torna-se, assim, correlacionar o arquétipo enfraquecido dentro do sujeito com o mesmo arquétipo sadio fora do humano. Tal manipulação dos arquétipos se dá tanto sob a forma de uma farmacologia peculiar (a farmácia antroposófica), quanto sob a forma de terapias diversas (terapia através das cores, das notas musicais, dos gestos posturais - a eurtmia - dos sons vocalizados, da modelagem, da análise da biografia etc).

Assim, o sujeito que se aproxima da obra de Steiner – como o fiz há muitos anos – vê-se diante de um *Mythos* que contém, embutido, uma ontologia do *Anthropos*, do *Cosmos* e uma *Sophia* (sabedoria). E diante desta Cosmologia e Ontologia míticas, o sujeito é convidado a “viver o *Mythos*”, sentindo-se parte do grande movimento cósmico vinculado a uma primordialidade intencional, que se manifesta no cotidiano como possibilidade de engajamento existencial, como disponibilidade para a atuação na medicina, na educação, na arte, atividades estas que são re-elaboradas com recursos operacionais próprios deste grande *Mythos*. Antroposofia é aquele tipo de conhecimento (como a psicanálise e como certos conhecimentos que são essencialmente vivenciais, como as artes) para o qual não bastará conhecer categorias conceitualmente,

mas o conhecedor terá que *vivê-las em si mesmo* para, assim, compreendê-las. Caberá então ao sujeito que se depara com tais instrumentos dispô-los de modo prático e (re)elaborá-los, por sua vez, despertando, a partir disto, recursos internos para a sua existência. O grande desafio é o de estar sempre atento, para que tal cosmologia não se transforme em *dogmata* e, assim, perca de vista o livre pensar crítico.

Referências bibliográficas²⁷

FEYERABEND, Paul. *Contra el Método*. Barcelona, Editorial Ariel, 1989.

LAPLANTINE, François. *Antropologia da Doença*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

MARÍAS, Julián. *História da Filosofia*. São Paulo, Martins Fontes, 2004.

MORAES, Wesley A. *Salutogênese a Auto-Cultivo*. Rio de Janeiro: Editora GAIA, 2006. 280p.

MORAES, Wesley A. *Medicina Antroposófica, uma proposta para o século XXI*. São Paulo: João de Barro, 2005. 400p.

MORAES, W. A. Eine Wunderbare Tropische Symphonie. Die Christengenmeinschaft, Stuttgart, v. 3, n. 4, p. 34-44, 2001.

²⁷ A obra publicada de R. Steiner, incluindo ciclos de palestras, compreende mais de 350 volumes !

Estudo comparativo das racionalidades médicas: medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica

*Madel Luz*²⁸

Introdução

Inicialmente apresentaremos, de forma resumida, as origens e propostas das primeiras fases do projeto “Racionalidades Médicas”, em desenvolvimento há quinze anos no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. A pesquisa, com abordagem das ciências humanas (filosofia, sociologia, história e antropologia), teve suas primeiras sistematizações no primeiro semestre de 1992, após aprovação de financiamento como Projeto Integrado de Pesquisa pelo CNPq. Incluiu-se no percurso inicial do projeto seu desdobramento em duas fases: 1ª fase (1992-1993), de estudo teórico comparativo das quatro racionalidades implicadas no projeto (*homeopatia, biomedicina, medicina tradicional chinesa e ayurveda*); 2ª fase, com atividades de preparação de trabalho de campo; elaboração de categorias analíticas comparativas para as distintas racionalidades médicas; trabalho de campo; análises das entrevistas, observações participantes e etnográficas realizadas em unidades públicas de atenção médica previamente selecionadas para o estudo empírico comparativo (1994-1997). Nesta segunda fase, a medicina ayurvédica não pôde ser incluída no projeto, pois não havia no município do Rio de Janeiro nenhum ambulatório público, estatal ou mesmo filantrópico

28 Filósofa de graduação (UFRJ), mestre em Sociologia (UC de Louvain, Bélgica) e PhD em Ciências Sociais/Política pela USP. Professora titular do Instituto de Medicina Social da UERJ e titular aposentada do IFCS da UFRJ. Vice-presidente da ABRASCO e pesquisadora nível 1 do CNPq.

desenvolvendo atividades de ayurveda. A pesquisa comparativa foi feita com a biomedicina, a homeopatia e a medicina tradicional chinesa. Uma breve retrospectiva dos objetivos teóricos e práticos do projeto, assim como de seu desenvolvimento metodológico, é necessária para situar os resultados obtidos. Logo após, entraremos nos termos destes resultados, no contexto da medicina como ciência e arte, diante dos elementos comparativos entre a biomedicina e as práticas chamadas de complementares ou “alternativas”, trazendo alguns fatores de alto valor para a saúde pública.

Aspectos científicos e metodológicos na comparação entre medicinas

Em primeiro lugar, cabe fazer o esclarecimento da categoria central do trabalho, que é a de *racionalidade médica*. Trata-se de um conceito duplamente inspirado em Max Weber: do ponto de vista teórico, ou **nocional**, isto é, de seu conteúdo em termos substantivos, *significativos*, e do ponto de vista *metodológico*, isto é, de sua construção lógica. Com o mesmo pela construção do conceito, que é o ponto de vista menos complexo, para em seguida tratarmos dos aspectos propriamente teórico-substantivos. A categoria “racionalidade médica” foi construída no projeto ao estilo de um *tipo ideal*, isto é, com seus cinco traços ou dimensões fundamentais modelados a partir de uma operação indutiva. Tal operação constata, num objeto específico de categorização, a presença, com maior ou menor grau de explicitação e clareza, daqueles traços ou dimensões fundamentais para a definição da categoria. Esta presença é condição *sine qua non* para incluir tal ou qual sistema médico no projeto de investigação. Diferentemente do conceito filosófico, ou da teoria científica, definido a priori analiticamente, o tipo ideal constroi-se em grande parte a posteriori, a partir da “empíria”, e historicamente. A ressalva “em grande parte” visa a salientar que as dimensões dos conceitos assim construídos devem ser estabelecidas em termos de modelos ideais, o que de certa forma é uma operação apriorística. De qualquer modo, cabe lembrar que o tipo ideal é sempre visto, em Max Weber, como um *modelo tendencial* histórico, que nunca chega a se realizar de forma acabada, pois tem a capacidade de ser continuamente modificado

pela ação dos atores sociais. Esta forma de visão *tendencialista* do conceito, enraizada na história, elimina os efeitos apriorísticos de uma definição analítica concebida logicamente em termos de modelo ideal.

Ao estabelecermos como condição necessária e suficiente para estarmos em presença de uma racionalidade médica a existência de cinco dimensões fundamentais (**morfologia, dinâmica vital, doutrina médica, sistema de diagnose e sistema de intervenção terapêutica**) sabíamos que estávamos optando pelo estudo comparativo de sistemas médicos altamente complexos, e eliminando de nosso estudo uma série de práticas então conhecidas como “terapêuticas alternativas”. Assumíamos também que essas dimensões seriam a base de comparação entre as diversas racionalidades a serem pesquisadas. Seriam, portanto, o signo de sua comensurabilidade. Já há, aí, nessa operação metodológica, escolhas teóricas prévias ao próprio conteúdo do conceito, que demarcam de algum modo os limites deste conteúdo.

Essa dupla operação metodológica, entretanto, nos deixou mais à vontade para estabelecermos os limites do significado teórico da categoria *racionalidade médica*. É racionalidade médica, segundo nosso projeto, todo *constructo* lógico e empiricamente estruturado das cinco dimensões mencionadas, tendendo a constituir-se ou pretendendo constituir-se em sistema de proposições potencialmente “verdadeiras”, isto é, verificáveis de acordo com os procedimentos da racionalidade científica, e de intervenções eficazes face ao adoecimento humano. Não há, na investigação, tomada de posição quanto ao valor ético ou epistemológico de qualquer dos sistemas definidos como “racionalidade médica”.

Tais sistemas, vistos como sistemas abertos, podem ter suas dimensões desenvolvidas teórica ou praticamente em maior ou menor grau, de acordo com a predominância desta ou daquela dimensão na racionalidade, e podem competir entre si na cultura atual, no que se denomina antropologicamente *mercado da cura* ou, inversamente, cooperar, principalmente na dimensão da terapêutica, seja através de decisões normativas institucionais, seja através dos agentes de cura operando em cada uma dessas racionalidades.

Ao iniciarmos, portanto, este estudo, considerado por nós mesmos teórica e metodologicamente problemático em alguns aspectos, não tínhamos

certeza de que modo e em que momento os problemas se colocariam. Evidentemente, apenas o desenrolar da pesquisa é que mostra com clareza onde seus problemas se escondem, revelando alguns, não previstos, minimizando ou superando os previstos e esperados com apreensão. Um dos problemas apreendidos como de difícil resolução pela equipe de pesquisadores era a heterogeneidade dos sistemas médicos em comparação, isto é, a diversidade de suas racionalidades, com aspectos de paralelismo, dispersão, oposição e mesmo exclusão. Outro problema encarado com receio era o da complexidade teórica, histórica e cultural presente na origem das racionalidades médicas em exame. Como comparar, teoricamente, sistemas que são o fruto de grandes expressões culturais da humanidade, sem homogeneizar dimensões cuja diversidade deve ser salientada no nível empírico, sem descontextualizar traços de universos culturais singulares, desenvolvidos em tempos históricos únicos, possivelmente irreversíveis? A probabilidade de diluição e pasteurização é imensa, correndo-se o risco de cair no anacronismo e na banalização, tão ao sabor das modas atuais de consumo do exotismo terapêutico. Entretanto, acreditamos ter conseguido contornar esses dois obstáculos maiores com procedimentos metodológicos adequados aos objetivos e hipóteses principais da pesquisa. E desde o início esses objetivos e hipóteses são:

1. Estabelecer, de acordo com a hipótese mais geral da pesquisa, que há mais de uma racionalidade médica, o que implica, na prática, colocar em questão o monopólio teórico e terapêutico da medicina ocidental, desenvolvida em nossa cultura de um século e meio para cá sob a denominação de **medicina científica**;
2. Demonstrar que as medicinas homeopática, tradicional chinesa e Ayurvédica, objetos centrais de nosso estudo comparativo, constituem-se efetivamente em **racionalidades médicas**, de acordo com a definição desta categoria estabelecida na pesquisa.
3. Estabelecer comparações entre essas racionalidades e a racionalidade médica ocidental contemporânea (biomedicina), baseados na hipótese que, embora irredutíveis em muitos pontos, esses sistemas

têm elementos comuns não apenas comparáveis mas compatíveis, através das dimensões teóricas e práticas que compõem toda racionalidade médica.

Além disso, há uma finalidade comum teórica e prática, comum a todo sistema médico, que é a de **restabelecer a saúde dos seres humanos**, ou pelo menos combater as doenças que os afligem. Sob este objetivo básico é que se desenvolveram, em todas as culturas, desde há milênios, sistemas terapêuticos apoiados em saberes ora preponderantemente mágico-religiosos, ora acentuadamente racionais, cujo exercício foi historicamente confiado a agentes sociais específicos, socializados e treinados para o desempenho dessa função prestigiada, considerada nobre, ou mesmo sagrada, tanto pela sociedade civil como pelas instituições.

Apesar desta base comum às medicinas, de natureza ao mesmo tempo teórica e empírica, sabíamos que estávamos lidando com sistemas de grande complexidade, de constituição interna heterogênea, fruto de mudanças desenvolvidas ao longo de séculos, como é o caso das medicinas chinesa e ayurvédica. Olhar esses sistemas médicos como uma totalidade homogênea e acabada, *sem história*, seria cair na simplificação e na banalização há pouco mencionadas.

Por outro lado, não era nosso objetivo refazer os passos desses complexos sistemas, tarefa de historiadores e antropólogos das medicinas orientais, que toma, às vezes, o tempo inteiro da existência desses pesquisadores. Nosso objetivo era bem mais simples: *descrever* os traços fundamentais das cinco dimensões que constituem a racionalidade (*doutrina médica, morfologia humana, dinâmica vital, sistema de diagnóstico, sistema de intervenção terapêutica*) de cada medicina em exame, tal como ela se apresenta contemporaneamente. Não desconhecíamos que tais traços foram sendo construídos no contexto social em que se inserem essas medicinas, e que muitos deles são frutos de colagens e *bricolages* de momentos culturais diversos, em tempos históricos sucessivos, que se moldaram num verdadeiro caleidoscópio teórico-prático, articulando arte e saber médicos numa

lógica engenhosa, mas não necessariamente analítica. Esse fato é muito presente e importante quando se estudam as medicinas orientais, mas, surpreendentemente, não há muita diferença, pudemos constatá-lo, quando se analisam as medicinas ocidentais, isto é, a homeopatia e, sobretudo, a medicina científica contemporânea.

No mundo ocidental temos a tendência a naturalizar conhecimentos baseados na ciência, isto é, tratamo-los como se não tivessem origens, ou como se essas origens (históricas, culturais, imaginárias) não impregnassem permanentemente o desenvolvimento, até o presente, dos saberes ligados à ciência (LUZ, 1988). A idéia de progresso, e de superação do passado ligada a esta idéia, que marcou a racionalidade científica nos últimos três séculos implicou na concepção crescentemente dominante que a história do saber humano se faz por rupturas e superações, ficando o passado associado à idéia de atraso, e o futuro à idéia de inovação, sendo o presente uma ponte provisória entre um e outro. Essa concepção é evidentemente ideológica, pois de fato “o passado”, isto é, os traços culturais vividos e considerados superados, em um momento determinado de um saber-prática específico (no nosso caso, a medicina), não desaparecem jamais completamente, integrando-se aos novos procedimentos, ou às novas teorias, de maneira *subordinada*, no caso de teorias, ou *implícita*, não declarada, no caso de práticas e técnicas.

Os pensamentos, julgamentos, procedimentos, atitudes e gestos dos agentes desses saberes práticos carregam consigo as velhas teorias (ou práticas) “superadas” por novas teorias ou modelos de prática e técnica, formando com eles o “caleidoscópio” a que nos referimos atrás, estabelecendo-se, assim, uma continuidade teórico-prática entre passado e presente nesses saberes. Na medicina ocidental científica essa continuidade se manifesta através da prática (arte) do médico, criando-se uma aparente oposição à lógica científica do saber médico, cuja ambição é ser uma tradutora de procedimentos e de resultados obtidos nas atividades de pesquisa das disciplinas do campo biomédico (CAMARGO Jr, K.R., 1991).

Em relação às medicinas orientais, e à própria homeopatia, essa oposição não se manifesta, na medida em que a concepção de uma *doutrina original de um mestre*, ou de um saber revelado ou de origem divina, a cujas

raízes se deve fidelidade, é dominante. Mas não se pode negar a influência universal da concepção de progresso científico, com uma conseqüente busca de depuração do “passado simbólico”, ou de busca de legitimação científica nessas medicinas.

Uma estratégia ao mesmo tempo descritiva e analítica conduziu, metodologicamente, nosso olhar ao estudarmos as fontes teóricas e históricas das racionalidades médicas. A busca da contemporaneidade impôs limites às discussões sobre correntes e ortodoxias dominantes em diversos momentos históricos, ou “etapas”, de sistemas médicos, para nós “exóticos”, como a medicina tradicional chinesa, a medicina Ayurvédica e, em grande parte, a homeopatia, livrando-nos em parte da filosófica e tediosa questão “*de qual mediana chinesa, ou Ayurvédica, ou homeopática, se está falando?*”. Está-se falando daquelas que ainda hoje são praticadas em seus contextos culturais de origem, e cujos traços terapêuticos mais comuns invadiram a cultura ocidental nas últimas três décadas, pelo menos. Sabemos que esses traços são geralmente milenares, muitas vezes campo de controvérsias de natureza filosófica e política. Na primeira fase da investigação, tivemos a oportunidade de ler sobre essas controvérsias, e tivemos acesso a textos de autores clássicos, quando não emblemáticos, desses saberes médicos, tanto orientais como ocidentais. Nosso objetivo e estratégia de *comparação analítico-descritiva da prática contemporânea*, entretanto, orientou-nos pela selva intrincada de concepções, categorias e práticas inerentes às racionalidades médicas em exame, restringindo-nos ao essencial dos traços de cada uma das dimensões, descritas na maioria dos textos clássicos ou contemporâneos.

Por outro lado, a compreensão permanente que qualquer medicina é parte constituinte de um contexto sócio-histórico específico, exprimindo-o e constituindo-o, ao mesmo tempo, nos aspectos que concernem o adoecer, o recuperar-se ou o morrer humanos, impediu-nos de ter uma visão abstrata ou desencarnada dos saberes médicos, facilitando-nos, de um lado, a definição de aspectos particulares próprios de cada sistema, e de outro, ajudando-nos a estabelecer pontos específicos e traços estruturais comuns transculturais aos

sistemas. Entre esses traços destacou-se o da descoberta de um paradigma transcultural que poderíamos denominar **bioenergético, ou vitalista**, comum às medicinas homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica, por oposição a um outro, “*bio-mecânico*”, característico da medicina ocidental contemporânea (biomedicina).

Outro traço transcultural identificado no desenrolar da primeira fase da pesquisa foi a existência de uma *cosmologia* (e visão de mundo) embasando teoricamente as cinco dimensões fundamentais dos sistemas médicos, inclusive da medicina ocidental científica, cujo modelo é a física newtoniana, sobretudo nos seus aspectos mecânicos²⁹. A diferença entre as racionalidades quanto a este aspecto, reside no fato de que esse embasamento cosmológico permanece implícito na nossa medicina, enquanto que nas outras, inclusive na homeopatia, a existência de uma cosmologia fundamentando a doutrina médica, a fisiologia e a morfologia é não somente explicitada, mas elaborada através de teorias (exemplos: a teoria das “cinco fases” na medicina chinesa, a teoria do “tridosha” na medicina ayurvédica, e a teoria das “constituições”, na homeopatia).

De início, a colocação das cosmologias como elemento explicativo estratégico das racionalidades médicas constituiu para a pesquisa um problema de natureza epistemológico. Como considerar os sistemas médicos em exame como racionalidades “laicizadas”, se suas raízes mergulham em cosmologias simbólicas, quando não em *cosmogonias*³⁰ de fundo religioso ou espiritual? A única cosmologia estritamente racional é a da medicina ocidental, pois se assenta numa disciplina científica, a física, embora num momento clássico e já parcialmente superado desta disciplina: o momento do modelo do mecanismo universal e do autômato.

Até então, para nós, *racionalidade* era quase sinônimo de *cientificidade*, também momento de corte epistemológico com sistemas filosóficos ou religiosos. A descoberta que todo sistema médico complexo, inclusive o ocidental contemporâneo, está fundamentado em uma cosmologia, e que esta cosmologia é a expressão de concepções metafísicas ou simbólicas (religiosas

29 É preciso reconhecer que os aspectos mais dinâmicos da física newtoniana, sobretudo da astrofísica, não foram os que predominaram no modelo médico moderno ocidental.

30 Narrativas das origens do cosmos e da vida.

ou não), obrigou-nos a abrir um espaço para o estudo da cosmologia das racionalidades, forçando-nos a aprofundar um aspecto não previsto no projeto inicial.

Deve ser observado que o projeto previa inicialmente um quadro sinótico incluindo apenas as cinco dimensões teórico-práticas das medicinas em estudo, a partir da doutrina médica. No final deste capítulo apresentaremos o quadro sinótico preenchido com os conteúdos específicos das cinco dimensões das quatro racionalidades médicas comparadas. Abaixo apresentamos o quadro resumo “vazio” dos traços básicos das quatro racionalidades médicas estudadas. Quanto à diferença de paradigmas em relação aos sistemas médicos, deve ser salientada a constatação, decorrente dessas diferenças, de objetos e objetivos distintos das medicinas “energéticas”, ou vitalistas, face à medicina ocidental.

Enquanto a medicina ocidental tem por objeto a doença (através da identificação das patologias) e por objetivo o combate e a eliminação das doenças, as medicinas homeopática, tradicional chinesa e Ayurvédica tem como objeto o sujeito desequilibrado (“doente”) e por objetivo o restabelecimento de sua saúde, ou mesmo sua ampliação.

No primeiro caso, o da biomedicina, a categoria central é **doença, patologia**; no segundo caso, o das medicinas vitalistas, a categoria central dos sistemas é **saúde, equilíbrio** (como sinônimo de harmonia). No primeiro caso, a medicina tende a se caracterizar como **ciência das doenças**, no segundo caso, a(s) medicina(s) se caracteriza(m) como **arte de curar**, de restabelecimento e expansão da saúde, ou da **vitalidade**.

O quadro classificatório inicial das racionalidades resultante desta inclusão ficou assim construído:

RACIONALIDADE E MÉDICA	COSMOLOGIA	DOCTRINA MÉDICA	MORFOLOGIA	DINÂMICA VITAL (FISIOLOGIA)	SISTEMA DIAGNÓSTICO	SISTEMA TERAPEÚTICO
MEDICINA OCIDENTAL CONTEMPORÂNEA	Traços Fundamentais	Traços Básicos	Aspectos principais	Aspectos principais	Aspectos principais	Formas principais de intervenção
MEDICINA HOMEOPÁTICA	Traços Fundamentais	Traços Básicos	Aspectos principais	Aspectos principais	Aspectos principais	Formas principais de intervenção
MEDICINA TRADICIONAL CHINESA	Traços Fundamentais	Traços Básicos	Aspectos principais	Aspectos principais	Aspectos principais	Formas principais de intervenção
MEDICINA AYURVÉDICA	Traços Fundamentais	Traços Básicos	Aspectos principais	Aspectos principais	Aspectos principais	Formas principais de intervenção

A medicina como síntese ativa de ciência e arte

Toda racionalidade médica, independentemente de seu paradigma, caracterizou-se historicamente por sintetizar, em uma atividade (**práxis**), a arte de curar doentes (**techne**) e um conhecimento ou ciência de doenças (**gnose, episteme**). A história dessa atividade é, talvez, tão antiga como o próprio homem na Terra, e durante milênios não houve, aparentemente, na *práxis* desse mediador entre os homens, o sofrer e a morte, nenhuma divisão entre conhecimento e arte.

A origem do conhecimento do médico era *sagrada*, e em sua experiência pessoal *vivida*, que incluía uma socialização e um treinamento de natureza esotérica, este sintetizava *episteme* e *techne*. Há dois milênios e meio, tanto no Oriente como no Ocidente, isto é, tanto na China e na Índia como na Grécia, o saber-agir do médico tinha muito de *taumatúrgico*.³¹ O saber sendo de origem sacra, seu praticante tinha características sacerdotais. A corporação médica, se se pode empregar sem anacronismo esta expressão para designar os terapeutas desde esta época, tinha literalmente na arte da cura seu *sacerdócio*.

De qualquer forma, a natureza de seu saber, nitidamente filosófico (religioso ou não), diferia essencialmente do saber moderno, que busca o científico como ideal de verdade desde o século XVII. Neste contexto, a medicina ocidental pode ser vista como uma racionalidade médica específica, inserida em uma história cultural também específica, conhecida como *civilização ocidental*. Na história dos últimos dois mil e quinhentos anos dessa civilização operaram-se mudanças culturais típicas relativas à racionalidade médica, as quais fizeram com que a medicina ocidental tivesse um caráter *sui generis* e muito específico. Essas mudanças tiveram, por vezes, o caráter de crises, com rupturas face a padrões vigentes, e profundas conseqüências em relação à síntese *episteme-techne* há pouco mencionada. Mencionaremos, a seguir, alguns momentos que consideramos demonstrativos, em termos dessas crises, no sentido de salientar o caráter *sui generis* da racionalidade médica

31 É necessário lembrar que Platão, considerado o primeiro filósofo racionalista, que atribuía ao conceito e à inteligência o caráter de **verdade**, dizia ser a filosofia uma filha de Taumante, isto é, da admiração, do *milagre*.

ocidental. Nosso intento é mostrar que houve um percurso progressivo de separação histórica e cultural entre os dois termos básicos que constituem o cerne da medicina, isto é, o conhecimento das doenças e a arte de curar. Queremos também afirmar que tal percurso não foi seguido pelas medicinas orientais.

Essa caracterização é importante para estabelecermos diferenças fundamentais na Cosmologia ocidental face às que informam as medicinas chinesa e Ayurvédica. Diferenças importantes para a compreensão das doutrinas médicas, dos sistemas de diagnose e intervenção terapêutica das medicinas orientais, e mesmo para a homeopatia que conservou, embora implícita, parte da cosmologia tradicional do ocidente, com suas raízes pré-cristãs e cristãs.

Crises e mutações na racionalidade médica ocidental

A primeira crise e transformação na estrutura da racionalidade médica ocidental pode ser situada no que preferimos chamar de *momento hipocrático* (em vez de *escola hipocrática*). *Momento*, não só porque abrange mais de um século, podendo ser situado entre os séculos V e III a.C., mas também porque envolve mais escolas que a de Kós, famosa por Hipócrates e seus discípulos. Este momento assinala um período de discussões e controvérsias no pensamento médico, com uma forte tendência à racionalização, ao estabelecimento de teorias sobre as doenças e sobre métodos terapêuticos, sobre o papel da filosofia e da natureza na medicina como sistema teórico e como prática (arte) de cura (LUZ, 1988).

Além da tendência à sistematização, há a formação e consolidação da corporação médica como portadora do saber filosófico sobre as doenças e os doentes, com um *esprit de corps* pronunciado, e não sem oposição de outros setores da sociedade, inclusive de intelectuais. Aristófanes, por exemplo, caricaturiza os médicos em suas peças.

Há muitas especulações sobre os contatos que teriam existido nesse momento entre a medicina grega (ocidental) e as medicinas hindu e chinesa (orientais), através das viagens de filósofos, como Platão, e de médicos. É

preciso não esquecer que as ilhas gregas, sobretudo as jônicas, eram as portas da Ásia, e que os gregos eram grandes navegadores. Entretanto, não temos dados precisos sobre esses contatos prováveis, nem é nosso objetivo aprofundarmo-nos sobre este tema. É preciso ressaltar, no entanto, que os séculos V a II antes de Cristo assinalaram, tanto no Ocidente como no Oriente, uma expansão cultural importante, e no plano da medicina essa expansão é significativa tanto em termos da doutrina médica, como da semiologia e da classificação das doenças.

Na medicina ocidental há uma laicização importante do conhecimento médico, que busca sua base na **filosofia**, que é a Ciência da época, por oposição a saberes mágicos, xamânicos. Mas, nesse momento, a arte de curar conduz ainda o conhecimento das doenças; o objetivo preciso da medicina é restabelecer a saúde dos doentes, e o homem é um microcosmo cujo funcionamento está inscrito nas leis do Cosmo. A natureza é parte do homem, através de seus elementos fundamentais, e este é parte integrante da natureza. Sua saúde reside em equilibrar seus componentes naturais da maneira mais harmônica possível. Nesse contexto a natureza tem ainda realmente *força medicadora*.

Mas a tendência a separar teoria das doenças, semiologia e terapêutica aparece desde esse momento. Desde aí a medicina ocidental começa a tornar-se ciência, isto é, uma *forma sistemática de classificar doenças, síndromes, sintomas, e de buscar uma explicação causal para a origem desses fenômenos*.

O segundo momento de crise e mutação na racionalidade médica ocidental pode ser situada entre o fim do renascimento e o início do classicismo moderno, isto é, nos séculos XVI e XVII. As disciplinas científicas básicas da medicina estruturam-se, desde então, com a anatomia, a fisiologia e a patologia. A ciência como projeto de estruturação do saber médico, sobrepõe-se ao conhecimento do adoecer como fruto de experiência da arte de curar, isto é, a *episteme* das patologias torna-se superior a *gnosis* e à *techne* provenientes da *práxis*, voltada para o restabelecimento da saúde dos doentes. Esta transformação está, como já afirmamos, inserida num “conjunto de transformações histórico-sociais que perpassou (a sociedade) desde o fim da

Idade Média, sobretudo na Idade Moderna, e com o processo (posterior) de industrialização e expansão do capitalismo". (LUZ, 1988, cap. IV.)

A ascensão da ciência como forma socialmente legítima – e em seguida, *legal* - de produzir conhecimento, com progressivo descrédito da arte, e da experiência comum, cotidiana, é um fato cultural mais amplo que a transformação interna à medicina. Do nosso ponto de vista, a medicina apenas exprime e ilustra com radicalidade um processo de racionalização amplo que atingiu o Ocidente, desde o classicismo grego, mas se acelerou crescentemente com o capitalismo moderno, como salientaram filósofos como Marx, e sociólogos, como Max Weber. Pode-se dizer, neste sentido, que desde o século XVII o projeto epistemológico da medicina ocidental passou a ser *produzir conhecimento sobre as doenças*. Coerentemente, a arte de curar doentes teve um estatuto decrescente com o passar dos séculos, e com o aumento de informações (e de *técnicas* de obtenção de informação) sobre as doenças.

Neste contexto, no interior das cinco dimensões essenciais de sua racionalidade médica, a diagnose teve hegemonia progressiva sobre a terapêutica; mesmo a terapêutica foi sendo cada vez mais orientada pela busca sistemática de identificação e combate de doenças, e não mais pelo restabelecimento do equilíbrio de sujeitos doentes. Um fosso teórico e prático tendeu a se formar no interior da medicina vista como *práxis*, isto é, concretamente, na *clínica*. Pois o terreno de ação-intervenção médica, por um lado, e de fonte de conhecimentos médicos, por outro lado, permaneceu sempre o corpo do doente, ainda que examinado sob a forma de partículas cada vez menores, freqüentemente dissociadas entre si, ou da totalidade que as supõe (CAMARGO Jr., 1991, 1995). Mas este corpo, objeto de experimentação biomédica, não será mais visto pela medicina como integralidade individual viva, nem a vida individual de sujeitos interessará mais à ciência médica moderna.

Entretanto, o combate à morte, sobretudo à morte de grupos populacionais específicos (morte coletiva) continuará sendo um objetivo central da medicina ocidental ao longo de mais de três séculos (LUZ, 1988). Deste ponto de vista, a *eficácia terapêutica*, entendida como vitória sobre as

doenças e controle da morte, levará a prática médica a pesquisar com maior afinco as drogas químicas consideradas aliadas do médico em seu combate. Poderosamente, os fármacos e a própria indústria farmacêutica a partir do fim do século XIX, serão ora a lança, ora o escudo da clínica moderna. Lança e escudo muitas vezes perigosos, quando não mortais para os doentes, mas critério de verificação de eficácia da prática clínica.

Deste modo, a teoria das doenças, com experimentação em corpos doentes ou mortos, por um lado, e a administração (quase sempre experimental) de fármacos a doentes, por outro lado, constituirão o embrião da clínica contemporânea no século XVIII, o ovo de onde nascerá, no século XIX, a medicina ocidental como a conhecemos até os dias de hoje (FOUCAULT, 1978). Assim, o período final do século XVIII e as primeiras décadas do século XIX constituem, a nosso ver, o terceiro momento de crise na racionalidade médica ocidental. Este momento assinala, segundo M. Foucault no *Nascimento da Clínica* (1978), o surgimento de uma nova forma de pensar e agir, bases da *clínica* - vista como disciplina contemporânea médica.

Nesses pensar e agir a vida passa a ser vista através da morte (cadáveres examinados) e o instrumento de ação fundamental é o “olhar clínico”, sistematizador do trajeto das doenças em direção à morte, trajeto que pode ser atalhado pela intervenção médica através do fármaco ou do bisturi. Os médicos passam a ser, nesse contexto, não mais os aliados da vida, mas os combatentes da morte. Conhecer o inimigo, seus porta-vozes (doenças) e tropas (sintomas, síndromes), suas táticas e estratégias (“evolução” das doenças) tornam-se a prioridade básica da ciência médica. A terapêutica tende a tornar-se, nesse imaginário bélico, *arsenal de drogas*, um conjunto de armas de sofisticação e poder de fogo variados, com efeitos colaterais incomensuráveis.

Não obstante, é preciso estar atento a que o fundamental, embora não exclusivo, na nova arte de curar, não é restabelecer a saúde dos doentes individuais, mas combater as doenças e controlar as mortes, em plano coletivo (LUZ, 1988). Desse ponto de vista, a clínica é, desde o seu berço contemporâneo, como quer Foucault, *medicina social*. Neste contexto é

compreensível que os defensores de uma “arte de curar doentes”, ao estilo tradicional da medicina, sejam vistos como portadores de um projeto epistemologicamente atrasado, clínico e socialmente inoperantes (LUZ, 1996).

Uma medicina baseada em “princípios” ou “leis” de cura, isto é, centrada na terapêutica entendida como restabelecimento da saúde de sujeitos, não faz mais sentido para o projeto da clínica que se tornou progressivamente hegemônica. Mas esta hegemonia não se estabeleceu sem crises e divisões na medicina. Ao contrário, pode-se afirmar, com Coulter (COULTER, 1982) que a medicina ocidental moderna, sobretudo a contemporânea, é fruto de um *sisma* que separou, profundamente, **ciência médica e arte de curar**.

A principal manifestação desse *sisma* é o surgimento da homeopatia no alvorecer do século XIX, na contracorrente da tendência dominante do pensamento médico (LUZ, 1988, 1996). A medicina homeopática afirmará a supremacia da arte de curar sobre a teoria das doenças, e propugnará por uma *ciência da terapêutica*, isto é, de uma clínica (arte de curar) “verdadeiramente experimental”. Criticará, através de seu fundador, Samuel Hahnemann, a ausência de princípios terapêuticos da medicina do final do século XVIII e início do século XIX. Questionará também que os doentes sejam o “campo experimental” da clínica, onde o emprego aleatório e assistemático das mais variadas drogas acaba por danificar-lhes definitivamente a força vital, transformando a tarefa de recuperação da saúde num esforço sobre-humano tanto para pacientes como para terapeutas.

Advogará a descoberta de “leis de cura”, adequadas aos doentes através do princípio da semelhança (“o semelhante cura o semelhante”), experimentado em homens sadios (e não em doentes), com fármacos diluídos ao ponto da imponderabilidade (“dinamização”), no sentido de estimular nos doentes a energia vital desequilibrada. O projeto da medicina homeopática, de estabelecimento de uma *ciência da terapêutica*, tenderá a ser crescentemente marginalizado, em termos científicos, num contexto de valorização progressiva da *diagnose* como elemento fundamental da teoria das doenças. A arte de curar tenderá a fazer parte do passado da medicina. Os hospitais não serão mais, como no fim da idade média, nem “morredouros”,

nem “loais de cura” (como no fim do século XVIII e início do XIX), segundo as palavras do filósofo de *Nascimento da Clínica*. Serão cada vez mais verdadeiros laboratórios de investigação biomédica e clínica, e tornar-se-ão, no século XX, a principal instituição de transmissão do conhecimento médico. Assim, o ensino das escolas médicas desloca-se progressivamente para os hospitais, transformados em centros de pesquisa e reprodução do conhecimento, desde o final do século XIX. Esse deslocamento atingirá seu auge no século XX, após a segunda guerra mundial, com o florescer das especialidades médicas e das indústrias farmacêutica e de equipamentos hospitalares. Às faculdades restará o ensino das disciplinas “básicas” da medicina, como a anatomia, a patologia, e a fisiopatologia, e a “teoria” das disciplinas das especialidades. Nesse contexto é que podemos situar o quarto momento de crise e mutação interna da racionalidade médica ocidental ou, se preferirmos empregar uma expressão em moda, de mudança em seu paradigma.

Esse quarto momento estabelece uma cisão não mais no *pensamento médico*, mas na *prática clínica*. Tal cisão se manifesta no agir terapêutico, determinada pelo grande avanço da tecnologia instrumental médica, totalmente voltada para a ciência das doenças. A tecnologia médica, materializada nos instrumentais diagnóstico e cirúrgico, grandes auxiliares da clínica, interpõe uma *techne* já constituída entre o médico e o corpo do doente, ocasionando um completo alheamento entre terapeuta e paciente. Por outro lado, esta interposição maciça do instrumental médico leva à alienação do doente face ao seu próprio corpo e à fetichização do equipamento médico (e do fármaco, naturalmente). Uma das conseqüências dessa interposição tecnológica na *práxis* médica contemporânea, talvez a mais importante, é a implosão da relação milenar terapeuta-paciente.

Em resumo, podemos constatar, na medicina ocidental contemporânea, a convivência contraditória de uma tripla cisão: a cisão entre ciência das doenças e arte de curar (*episteme*), desenvolvida no pensamento médico ao longo dos últimos três séculos; a cisão na *prática* médica de combate às doenças (*práxis*) entre diagnose e terapêutica, desenvolvida sobretudo a partir do fim do século XIX; finalmente, a cisão no *agir clínico* (*Techne*) da unidade relacional terapêutica médico-paciente, através do progressivo

desaparecimento do contato com o corpo do doente, pela interposição das tecnologias “frias”, a partir da segunda metade do século XX.

Esta tripla cisão constitui, a nosso ver, uma das explicações sócio-antropológicas plausíveis para a grande procura de outras racionalidades médicas e suas interfaces, nos últimos 30 anos, no mundo ocidental, configurando o florescimento do que se denominou, em termos do *establishment* médico, de “**terapêuticas alternativas**”. Ela pode ser, igualmente, a explicitação do profundo mal-estar que atinge atualmente esse *establishment*, sob a designação de “crise da medicina”, ou, mais recentemente, de “crise de paradigma da medicina”.

Racionalidades médicas e cosmologias

Salientemos, pois, o seguinte: em nosso estudo comparativo verificamos que essas cisões que atingiram o sistema médico ocidental não atingiram os sistemas médicos orientais (medicina tradicional chinesa e medicina ayurvédica) e não tocaram a medicina homeopática, na medida em que a arte de curar continuou a ser o elemento predominante do seu conhecimento, e que a relação de cura ou restabelecimento da saúde dos doentes continuou a ser o fundamento da sua prática.

Por outro lado, cosmologias que integram homem e natureza numa perspectiva de macro e micro universos, e que postulam a integralidade do sujeito humano como constituída de aspectos psicobiológicos, sociais e espirituais, embasam as cinco dimensões das medicinas orientais e da homeopatia, tendo profundas repercussões tanto nas doutrinas médicas, quanto nos sistemas diagnósticos e terapêuticos dessas medicinas. Essa dupla integração leva a considerar a doença como fruto da ruptura de um equilíbrio interno e relacional ao mesmo tempo. Interno, no que concerne ao micro universo que constitui o homem; relacional, no que concerne às relações entre o homem e o meio no qual se insere: natural, social e espiritual.

Pode-se até encontrar, nessas medicinas, um inventário classificatório das doenças existentes; entretanto, elas não têm interesse em si mesmas, devendo ser referidas, tanto em termos diagnósticos, como terapêuticos,

aos sujeitos e suas constituições. Trata-se, assim, nos casos dos três sistemas mencionados, de “medicinas de constituições”, nas quais os elementos cosmológicos desempenham um papel importante na determinação das constituições individuais.

Na racionalidade médica ocidental, a dupla integração mencionada é considerada não existente ou “hipotética”, isto é, destituída de base científica. Não constitui, por isso, objeto de investigação da ciência médica, na medida em que o objeto epistemológico desse sistema, como já salientamos, é a *doença*, sua identificação, classificação, e a busca de suas causas (etiologia). Conseqüentemente, o objetivo da medicina não é mais o restabelecimento da saúde de sujeitos individuais, mas o combate à doença e à morte coletivas, combate mediatizado por *instituições médicas públicas* (“medicina social”).

Finalmente, vemos que na visão ocidental predominante, o sobrenatural, ou o espiritual, é identificado com o místico, com a visão de Deus, dos Anjos, dos Santos, dos espíritos, enfim, de toda a doutrina ligada à teologia judaico-cristã, contra a qual se posicionou desde o seu início a ciência moderna. Desta forma, a continuidade dos “mundos” (ou dimensões) individual, natural, social e espiritual é impensável. O advento da doença como expressão da ruptura da harmonia dessa continuidade torna-se tolice, ou absurdo.

Nas medicinas tradicional chinesa, ayurvédica e homeopática, ao contrário, toda doença é fruto de um desequilíbrio de forças naturais (materiais) e espirituais (imateriais), desequilíbrio entendido como *ruptura de harmonia*, quebra de certa ordem cósmica em movimento, que inclui o homem ao mesmo tempo como sua expressão e seu partícipe. O absurdo seria não considerar essa harmonia e a interrelação dos elementos do macro e do micro cosmos. O saber médico, e portanto a racionalidade médica suposta a esse saber é, neste caso, necessariamente distinta daquele originado pela racionalidade científica moderna. Distinção que se exprime nas cinco dimensões da racionalidade: na doutrina médica, na morfologia e na dinâmica vital humanas, nos sistemas de diagnose e terapêutica.

Mas essa distinção não significa, necessariamente, na materialidade das dimensões, e sobretudo na prática terapêutica, *oposição* ou *exclusão*. Na

verdade, há muitas complementaridades, compreensíveis quando se trata das medicinas “exóticas” comparadas entre si, mas surpreendentes quando verificadas face à medicina ocidental.

Racionalidades médicas e “terapêuticas alternativas”

Não é outra coisa o que podemos verificar na tendência da medicina ocidental de incluir, em seu “arsenal terapêutico”, técnicas terapêuticas das medicinas orientais, como a acupuntura e a moxabustão, ou a prática dos exercícios de meditação ou artes marciais, ligados tanto à medicina tradicional chinesa como à ayurvédica. É verdade que essa inclusão é, na maioria das vezes, mera apropriação mecânica de aspectos terapêuticos que são parte de um sistema coerente e integrado. Verifica-se, nesse caso, uma descontextualização das racionalidades médicas orientais, com um conseqüente desprezo pelo significado filosófico e médico dessas medicinas. Entretanto, o esforço de reconhecimento de eficácia nesses aspectos, e a tentativa de comprová-los experimentalmente no sentido de legitimá-los, também não deve ser menosprezado como fato de importância crescente na medicina ocidental nos últimos anos. Também o reconhecimento da terapêutica homeopática por muitos médicos de especialidades diversas não deve ser deixado de lado, devido a sua significação política e institucional, em que pese o fato de a própria homeopatia já ser uma “especialidade médica” desde os anos 80 no Brasil.

O que queremos salientar com essas tendências é que, apesar de se tratarem de paradigmas médicos inegavelmente distintos, orientados por cosmologias que conflituam nos seus aspectos principais, originando doutrinas médicas opostas em vários pontos, as racionalidades médicas orientais, homeopática e científica moderna têm pontos de paralelismo e encontro nas dimensões da *diagnose* e da *terapêutica*.

Talvez se possa afirmar, em termos gerais, que é nos sistemas diagnóstico e terapêutico das racionalidades que tende a haver maior concordância e complementariedade (ou pelo menos menor grau de conflito e exclusão) entre as racionalidades médicas. Mas isto não nos autoriza a afirmar que

no plano da *prática*, do *agir clínico*, as diferenças se desfazem. Entretanto, é evidente que a superação de contradições entre os sistemas passa muito mais pela *arte da cura* do que pela *ciência da doença* (ou do adoecer humano).

Em princípio, visto que a finalidade básica milenar da medicina de *curar doentes* é mobilizada, ocorre sempre que a questão da terapêutica passa a primeiro plano, as diferenças de doutrina médica entre as racionalidades são amenizadas, e uma abertura para outros sistemas terapêuticos pode ser observada, ao menos no caso da *medicina ocidental*, isto é, tanto da medicina científica como da homeopática.³²

No que concerne à questão do sistema diagnóstico, os paralelismos e pontos de encontro são muito mais freqüentes entre as racionalidades que partilham um paradigma *vitalista*, isto é, as medicinas homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica. Pois essas medicinas têm em comum o mesmo *objeto*, o ser humano doente, e o mesmo objetivo, que é *curar o indivíduo*, restabelecendo-lhes à saúde, ou expandindo-a. Além disso, partilham uma cosmologia integradora da natureza e do homem e, no interior do homem, de seus aspectos natural e espiritual (sobrenatural). O meio ambiente, natural e social, bem como as *circunstâncias* do adoecimento dos sujeitos têm, para essas medicinas, grande importância no estabelecimento de diagnósticos.

Outros elementos, de natureza **qualitativa**, como duração, intensidade, modalidade, lateralidade, ritmo dos sintomas, vistos tanto nos planos orgânico, como sensorial, emocional e espiritual (domínio da existência, da vontade, da liberdade), são considerados de grande importância nos sistemas diagnósticos dessas racionalidades médicas. O que dá origem a uma semiologia riquíssima e detalhada, bem como a diversas técnicas de exame e obtenção de diagnóstico³³.

Os pontos de contato, nesse caso, com a medicina ocidental, são muito poucos. Mas existem, como no caso da palpação, da ausculta, do exame de pulso (ou pulsos), de olhos, língua, unhas, etc. Em suma, a clínica

32 Não tivemos ainda a oportunidade de observar se o mesmo acontece em relação as medicinas tradicional chinesa e ayurvédica face à medicina ocidental, mas é muito provável que a integração seja ainda maior no plano terapêutico, face as questões sócio-culturais que caracterizam as relações das sociedades chinesa e indú com a civilização ocidental.

33 Cf. o quadro resumo das racionalidades médicas ao final.

convencional, ligada à arte de curar, desprovida de sofisticação tecnológica, tem pontos de encontro com os sistemas de exame-diagnóstico das medicinas tradicionais, embora o objetivo central do diagnóstico possa ser diferente em cada paradigma. No caso da clínica ocidental trata-se de esclarecer a *doença*, e no caso das medicinas tradicionais, o *desequilíbrio* específico do *doente* face a sua constituição.

No que concerne à *dinâmica vital*, também os pontos de encontro, as semelhanças, concentram-se nas racionalidades partilhando o paradigma bio-energético, isto é, a homeopatia, a medicina tradicional chinesa e a ayurvédica. Porque a presença da vida como *movimento*, por um lado, e como energia, ou força, ou sopro, por outro lado, fazem dessas medicinas sistemas de análise do dinamismo vital humano, tanto no que concerne o estado de saúde como do adoecimento dos indivíduos. Mesmo a fisiopatologia é a fisiopatologia do enfermar-se, isto é, do processo de aprofundamento do adoecer dos sujeitos, enquanto que na medicina ocidental trata-se sobretudo da fisiopatologia de *doenças*; de fato, trata-se de uma *fisio-patologia*. Para as medicinas vitalistas (que nesse trabalho incluem a medicina homeopática, a tradicional chinesa e a ayurvédica), a fisiopatologia das doenças pode ser considerada como um elemento de apoio para a compreensão da dinâmica vital dos sujeitos, mas não poderá ser tomada isolada ou principalmente como guia da diagnose ou da terapêutica.

Finalmente, no caso da morfologia (“anatomia”) humana é que aparecem as maiores diferenças entre as medicinas tradicionais (e a medicina homeopática pode ser incluída, até certo ponto, entre eles) e a medicina ocidental contemporânea. Não apenas o sistema de denominações é muitas vezes diferente, como o recorte do corpo humano, de seus limites e componentes, pode ser totalmente distinto. Inclusive no que concerne a própria noção de corpo. Pode-se ter uma compreensão de *corpo energético*, que constitui uma verdadeira “anatomia energética”, nas medicinas tradicionais, como no caso de medicina tradicional chinesa, através dos canais de meridianos com seus pontos, como na medicina ayurvédica, com sua escala de corpos do “grosseiro”, ou mais denso, ao mais sutil, ou mesmo na homeopatia, onde um sistema de circulação energética, suposto ao sistema

orgânico, através do percurso da energia vital, permanece implícito, embora postulado.

Também a definição e compreensão de órgãos e sistemas é muito dispar, exprimindo contextos culturais, com suas representações e símbolos, muito distintas entre si. No entanto, analogias e aproximações mesmo nesse campo podem ser feitas, sobretudo entre as medicinas tradicionais, mas também com a medicina ocidental. Em outras palavras, queremos dizer, encerrando este texto, que as racionalidades médicas aqui estudadas são realmente comparáveis em todas as suas dimensões teórico/práticas, e que a utilidade deste estudo é nos abrir a possibilidade de estabelecer critérios metodológicos e práticos de verificação *adequados a essas racionalidades*, sem o reducionismo típico de nossa racionalidade: monológica, cultural e politicamente dada ao poder dominante. Por outro lado, a tendência atual ao sincretismo das racionalidades médicas, através das ações normativas dos sistemas de saúde, e das práticas dos terapeutas e pacientes, coloca-se como desafio conceitual à própria categoria de racionalidade médica, na medida em que o universo de significados próprio de cada sistema tende a dissolver suas fronteiras na convivência com os outros, e a idéia moderna de racionalidade como um sistema clássico, ao estilo estrutural-funcional, não se mantém. Neste caso, é necessário acentuar o *caráter tendencial* da categoria de racionalidade médica: os sistemas médicos são, na verdade, quase-sistemas que se reestruturam continuamente no contato histórico-cultural, interagindo sem cessar com práticas de sistemas diagnósticos e terapêuticos diversos que se constroem, solidificam ou se dissolvem na sociedade atual. É preciso salientar, também, o caráter em geral pouco coerente, ou mesmo conflitivo, interno às racionalidades, e das racionalidades entre elas, acentuado pela oposição entre saber e prática na medicina. Buscar nas racionalidades médicas, em que freqüentemente arte e ciência médica conflituam, a coerência típica do discurso matemático, ou econômico, é buscar o inexistente. Em todo caso, de fato, estamos cada vez mais entrando num novo e integrativo paradigma ou racionalidade em saúde.

QUADRO RESUMO COMPARATIVO DAS RACIONALIDADES MÉDICAS

174

RACIONALIDADES MÉDICAS	COSMOLOGIA	DOCTRINA MÉDICA	MORFOLOGIA	FISIOLOGIA OU DINÂMICA VITAL	SISTEMA DIAGNÓSTICO	SISTEMA TERAPÊUTICO
MEDICINA OCIDENTAL CONTEMPORÂNEA	Física Newtoniana (Clássica) implícita	Teoria(s) da causalidade da doença e seu combate	Morfologia dos sistemas (macro e micro) orgânicos	Fisiopatologia e fisiologia dos sistemas	Semiologia anamnese; exame físico e exames complementares	Medicamentos, cirurgia, prevenção
MEDICINA HOMEOPÁTICA	Cosmologia Ocidental Tradicional: (Alquímica) e Clássica (Newtoniana) implícita	Teoria da energia ou força vital e seus desequilíbrios nos sujeitos individuais	Organismo material (sistemas) força (ou energia) vital animadora	Fisiologia energética (implícita); Fisiologia dos sistemas; Fisiologia do medicamento e adoecimento	Semiologia anamnese do desequilíbrio individual. Diagnóstico do remédio e da enfermidade individuais	Medicamento Higiene (física e mental)
MEDICINA TRADICIONAL CHINESA	Cosmogonia Chinesa (geração do microcosmo a partir do macrocosmo)	Teorias do “Yin-Yang” e das “cinco fases (ou elementos)” e seu equilíbrio (harmonia) nos sujeitos individuais	Teoria dos “canais” meridianos e dos pontos de acupuntura (“corpo sutil”). Teoria dos órgãos e das vísceras (“corpo orgânico”)	Fisiologia dos “sopros vitais”(Qi) Fisiologia dos órgãos; Dinâmica Yin-Yang no organismo e com o meio ambiente.	Semiologia anamnese do desequilíbrio Yin-Yang. Diagnóstico do desequilíbrio dos sujeitos.	Higiene. Exercícios: (artes, meditação, etc.) Dietética: fitoterapia, massagens, acupuntura e Moxabustão
MEDICINA AYURVÉDICA	Cosmologia Indiana (Geração do microcosmo a partir do macrocosmo)	Teoria dos cinco elementos e das constituições humorais (“Tridosha”) nos sujeitos individuais.	Teoria dos vários corpos (“denso” e “sutis”) Teoria da constituição dos tecidos vitais, dos órgãos e dos sentidos.	Fisiologia “energética” (circulação do Prana e das demais energias nos “corpos”). Equilíbrio do “Tridosha”.	Semiologia: anamnese do desequilíbrio do “Tridosha”. Sistema de observação “dos oito pontos”. Diagnóstico do desequilíbrio dos sujeitos.	Dietética: Técnicas de eliminação e purificação. Exercícios: (Yoga, meditação, etc.). Massagens: Fitoterapia; medicamentos.

Bibliografia

ALMEIDA, EDUARDO. *As Razões da Terapêutica – Racionalismo e Empirismo na Medicina*. Niterói-RJ: ARTZ / Instituto de Medicina Integral / Ed. UFF, 2002.

CAMARGO Jr, K.R. *Ir/Racionalidade Médica - Paradoxos da Clínica*. Dissertação de Mestrado em Medicina Social. Instituto de Medicina Social/ UERJ, RJ, 1991.

CAMARGO Jr, K.R. “Racionalidades Médicas: a medicina ocidental contemporânea”. *Cadernos de Sociologia*, v.7, 129-150. Programa de Pós-Graduação em Sociologia, UFRGS, 1995.

CLAVREUL, J. *A Ordem Médica*. RJ: Ed. Brasiliense, 1983.

COULTER, Harry. *Divided Legacy - The Schism in Medical Thought*. Califórnia: North Atlantic Books, 2ª edição, V. III, 1982.

FOUCAULT, Michel. *O Nascimento da Clínica*. RJ: Forense Universitária, 1978.

FOUCAULT, Michel. *Les Mots et Les Choses*. Paris: Gallimard, 1966.

LUZ, M.T. *Natural, Racional, Social: Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna*. RJ: Ed. Campus, 1988 (2ª. Edição revista, 2004, São Paulo: HUCITEC).

LUZ, M.T. *A Arte de curar X A ciência das doenças – História social da homeopatia no Brasil*. SP: Ed. Dynamis, 1996, 342 p.

LUZ, M.T. et alli. Introdução ao I Seminário do Projeto Racionalidades Médicas. IMS/UERJ, julho, 1992, pp. 1-41 mimeo.

LUZ, M.T. et alli. «Racionalidades Médicas e Sistemas de Conhecimento”. In: II Seminário do Projeto Racionalidades Médicas, IMS/UERJ, 1993, pp. 1-41 mimeo.

TAMAYO, R.P. *El concepto de enfermedad*. México: Ed. Fondo de Cultura Económica / UNAM, 1988, V. I.

Bases fisiológicas da terapêutica natural e alimentação viva

Alberto Peribanez Gonzalez³⁴

O Ministério da Saúde vem propondo finalidades, métodos e estratégias que visam à indispensável adequação dos cursos de formação na área da saúde a um novo elenco básico de atividades. O objetivo é modificar o foco das graduações para formar profissionais voltados ao atendimento comunitário e ambulatorial, aptos a trabalharem na prevenção e promoção da saúde, diferentemente do perfil atual centrado ainda na doença e no atendimento hospitalar. Enfoca-se a prevenção e o manejo adequado de condições alimentares e nutricionais que atuam como fatores relevantes de risco no desenvolvimento de doenças, particularmente as de natureza crônica não-transmissível³⁵.

A prática dos *alimentos funcionais*, aqui expressa pela *culinária viva*, orienta o indivíduo a uma reflexão crítica de seus hábitos alimentares estimulando novos métodos culinários sem, contudo, se chocar com os antigos hábitos. Sintetiza e disponibiliza, de forma didática e simples, o conhecimento sobre a relação existente entre saúde, nutrição e meio ambiente. A comunidade é instruída na prática dos alimentos funcionais através de técnicas simples de preparo, que permitem uma utilização inovadora dos alimentos. Proporciona maior economia e aproveitamento energético dos

34 Médico do Programa de Atenção Básica de Saúde da Família de Campos do Jordão/Universidade Federal de São Paulo. Mestre e Doutor pelo Instituto de Pesquisa Cirúrgica de Munique, Alemanha. Especialista em Nutracêuticos, professor de fisiologia neurocardiovascular e respiratória. Autor da famosa obra *Lugar de médico é na cozinha*. Site: www.oficinadasemente.com.br E-mail: peribanez.gonzalez@gmail.com

35 Cf. Brasil, Ministério da Saúde, 2007.

alimentos, dos recursos naturais e também do próprio corpo, revitalizando o ambiente corporal (terreno biológico).

A inserção na cultura alimentar de práticas que buscam compreender e se alinhar com os parâmetros da ecologia do ambiente corporal e físico, paralelo ao externo e geográfico são determinantes na promoção da saúde dos indivíduos e seus grupos familiares. Visualiza-se o desenvolvimento da alfabetização ecológica e da prática do projeto ecológico a partir da cultura alimentar, propondo uma visão integrativa do homem e seu meio e permitindo um resgate da relação com os processos produtivos do alimento. O resultado visa também uma alimentação mais econômica e saudável no âmbito doméstico (cf. Capra & Stone & Barlow, 2005).

Por uma nova formação e consciência

A formação em “bases fisiológicas da terapêutica natural e alimentação viva” é promovida por nós de forma concomitante ao modelo biogênico³⁶. Após avaliação dos resultados preliminares do *modelo biogênico* no Programa de Saúde da Família, percebeu-se a necessidade de informar este novo corpo de idéias aos profissionais de saúde, graduados e não-graduados. Tal proposta se fez necessária, já que os princípios teóricos que sustentam a prática médica biogênica não constam dos currículos acadêmicos. Algumas das teorias apresentadas são ainda estranhas à maior parte dos profissionais de saúde, tal como a *teoria do terreno biológico*, oposta à *teoria do germe* de Dr. Louis Pasteur.

Ao final dos anos 1800, os microbiologistas Dr. Antoine Bèchamp e Dr. Claude Bernard mantiveram um acirrado debate científico largamente publicado com o laureado prêmio Nobel, Dr. Louis Pasteur, o criador da teoria do germe como origem das doenças. A vitória da teoria do germe sobre a teoria do terreno biológico determinou uma série de mudanças nas práticas docentes e assistenciais em saúde que se instalaram e perpetuaram por todo o século passado. No entanto, estes estudos e suas circunstâncias vêm

36 Cf. nosso artigo “*O modelo biogênico no programa de saúde da família*”. E para todas as indicações de alimentação e nutracêuticos a serem descritos aqui, veja nossa obra *Lugar de médico é na cozinha*.

sendo revisados. Nota-se, nestes relatos históricos, controvérsias quanto aos métodos utilizados, e mesmo um apoio da imprensa científica e do incipiente parque industrial de medicamentos aos dados científicos da teoria prevalente (teoria do germe). Ao final de sua vida, Dr. Pasteur expressava mais simpatia pela teoria do terreno biológico, fato este documentado pelos seus próprios colaboradores. O renomado médico e cientista pronunciava que “os germes externos não são a causa primária da doença, mas apenas oportunistas que surgem quando o corpo está debilitado e desequilibrado”.

Segundo expressavam os doutores Bèchamp e Bernard, a doença seria “uma ruptura do equilíbrio do terreno biológico”. Esta expressão incluía a condição completa do organismo hospedeiro: células, fluidos, órgãos e sistemas. Bèchamp descobriu o processo de “fermentação” e descreveu-o como um processo de digestão por fermentos microscópicos, ou minúsculas formas de vida. A estas partículas de vida denominou “microzimas” ou “fermentos do sangue”. As microzimas são elementos coloidais e microscópicos capazes de fermentar o açúcar presente em nossos sistemas. São as menores unidades de vida na natureza dentro de nossos corpos, muito menores que as células. Na atual expressão científica denominam-se endossimbiontes.

A teoria dos doutores Bèchamp e Bernard sustenta que a manutenção do terreno biológico é a chave para a saúde. Quando o equilíbrio deste terreno é rompido, o organismo se torna ácido, dando início a uma aceleração do processo de fermentação dentro do corpo na qual uma série de expressões mórbidas das microzimas (endossimbiontes) toma lugar. Elas coagulam-se e coadunam-se, transformando-se pleomorficamente em bactérias, leveduras, fungos e eventualmente mofo. À medida que estes seres pleomórficos se multiplicam, eles alimentam-se de nossos fluidos e despejam na circulação as toxinas, denominadas aqui micotoxinas, por serem originadas primariamente de fungos. Este processo tóxico resulta em doenças degenerativas, acompanhadas de seus respectivos sintomas.

Existe um fato metodológico e tecnológico que determina o ressurgimento da teoria do terreno biológico. A *microscopia de campo escuro*, que permite e análise do sangue vivo, ou seja, não coagulado, corado ou fixado. A sofisticação tecnológica abriu o espectro da microscopia para uma dimensão esquecida. A

agregação microscópica de átomos denominada colóide vital e seus estágios de formas vitais (esporos, células somáticas e sanguíneas, bactérias, leveduras e fungos) são os verdadeiros blocos de construção da vida. Antoine Bèchamp (1816-1908), Kikuo Chishima (1899-1979), Guenther Enderlein (1872-1968) e Gaston Naessens (1924- presente) são alguns entre os muitos pioneiros que vêm cientificamente documentando a existência de uma flora corporal muito mais primária que uma célula corporal. Esta flora de microzimas, protitas e somátides³⁷, formam, segundo Jubbs, *vida coloidal*. Esta nova epistemologia virá adicionar-se à nomenclatura da microbiologia atual.

Alimentos e doenças

Há um tesouro a ser explorado na história dos alimentos vivos, que remonta de tempos imemoriais, tendo origens na Grécia Antiga, na Palestina e perpetuados até o presente por iniciativas de médicos e terapeutas isolados. Aqui se agrega o conceito de *alimentos funcionais*, objeto de pesquisas e perspectivas científicas que cada vez mais apontam caminhos de prevenção e cura naturais.

A teoria pleomórfica de Günther Enderlein é uma das teorias que dá sustentação microbiológica ao novo conceito de terreno biológico. Imagens de campo escuro de amostras normais de sangue são comparadas com amostras de sangue contendo formas pleomórficas. Visualizam-se: 1) protitas (formas normais do colóide plasmático), 2) áscites (bactérias virulentas em transição pleomórfica para formas pré-fúngicas), 3) aspectos fisiológicos e reológicos decorrentes da mudança de cargas eletromagnéticas das hemácias, com aglutinação e perda de função das mesmas, 4) partículas de metais pesados dentro do plasma, 5) formas fúngicas definidas, assim como condritas (formas pré-fúngicas) e 6) neutrófilos parasitados por fungos dentro de seus

37 *Microzimas* ou nanobactérias, são seres que não se criam nem se destroem, mas se transformam nos seres microscópicos que conhecemos pela ciência (bactérias, fungos, leveduras, micróbios, etc); assim como as células e os glóbulos do sangue, eles estão formados a partir destes seres nanoscópicos.

Somátides: neologismo a partir da palavra francesa “somatides”. Tratam-se das menores entidades vivas conhecidas e o elemento fundamental dos organismos vivos. Elas se transformam em função do estado do sistema imunológico.

núcleos, evidenciando as implicações sobre a imunidade primária. O açúcar, os grãos e farináceos, as carnes e laticínios, álcool e diversos outros produtos disponíveis na atual forma de distribuição de alimentos são apontados como principais estimuladores do processo de fermentação do terreno biológico. Estes alimentos são capazes de modificar o pH saudável do plasma, criando um ambiente que, mesmo levemente ácido, é capaz de determinar o início da fermentação dos protistas (pleomorfização). Tanto os farináceos como os açúcares promovem este efeito imediatamente após a ingestão. A pleomorfização evolui até a constituição de formas estáveis de fungos no plasma, fluido intercelular e intracelular e linfa.

O produto do metabolismo destas formas fúngicas são as **micotoxinas**, elementos prejudiciais ao nosso organismo. Existem centenas de micotoxinas descritas, mas bastam conhecer algumas delas para perceber o seu potencial fisiopatológico. O *aldeído ácido*, por exemplo, é um produto micotóxico capaz de interferir no metabolismo do colesterol hepático, terminando por aumentar a fração LDL, considerada a mais agressiva e promotora de aterosclerose. Outra micotoxina, a *ciclosporina*, é conhecida por ser usada no pós-operatório de transplantes como imunossupressor, para evitar a rejeição primária e secundária do enxerto. A síntese regular desta micotoxina por fungos endógenos determina um estado constante de baixa imunidade, comum nos dias de hoje.

O *álcool* é, por si só, uma micotoxina, e lamentavelmente adotado como droga lícita com conseqüências que todos conhecem. É constantemente produzido pelo mesmo estado de micotoxicidade, assim como o *ácido úrico* e *oxálico*, determinantes de manifestações reumáticas e formação de cálculos. Todas estas micotoxinas são conhecidas e mensuráveis por métodos clínicos em voga. Mas existem pelo menos mais 400 tipos de toxinas fúngicas catalogadas e menos conhecidas no meio acadêmico. Em síntese, trata-se do modelo fisiológico da auto-decomposição celular – o ciclo da doença crônica sob a ótica do terreno biológico, segundo Cousens (2003).

Os **alimentos vivos**, associados a uma dieta vegetariana, quando consumidos em uma proporção de até 80% são capazes de reverter a micotoxicidade induzida pela alimentação contemporânea, altamente

processada e adicionada de produtos químicos. A cozinha viva é hoje estruturada em suas características básicas, desde os métodos primários de higiene no preparo dos alimentos em sua forma natural. Dentro da mesma prática ensina-se o método da germinação das sementes e estimulam-se os discentes ao preparo de um almoço vivo. Neste momento procura-se vencer as resistências dos profissionais de saúde em apossar-se de utensílios de cozinha, permitindo a preparação do almoço de forma coletiva. Um néctar (suco verde, por exemplo), saladas, um prato amornado de hortaliças e uma sobremesa de frutas são o melhor cardápio, repartido por todos em uma mesa coletiva.

Terra sadia e saúde do homem

Nas oficinas que faço, o contato direto com a terra, a horta orgânica, a identificação e a colheita de espécies comestíveis cultivadas e selvagens são elementos essenciais para o entendimento e vivência do tema. A prática do preparo do *leite da terra* antecede os temas teóricos. Ao redor de uma mesa e contando com um liquidificador eletrificado por extensão, ensina-se o preparo do leite da terra - bebida biogênica exclusivamente vegetal à base de maçã ou caldo de cana, maxixe, sementes germinadas e hortaliças, no caso, sem adição de água. A seiva destes componentes é coada em tecido permeável e compartilhada por todos. A aula teórica aborda alimentos autênticos, definindo-os e exemplificando-os. O efeito perverso dos pesticidas sobre o sistema nervoso central e imunidade é demonstrado através de estudos científicos. Reflete-se sobre os conceitos de Mokichi Okada e o método de produção orgânica que ele denominou “Agricultura Natural” (1935), seguido pelos estudos científicos do professor Teruo Higa, Ph.D. da Universidade de Ryukyus, em Okinawa, Japão (1960) - os “Microorganismos Efetivos” (ME). O dr. Higa demonstrou que certos grupos microbiológicos combinados eram benéficos e efetivos em suas propriedades na mudança das características biológicas do solo. A alfabetização ecológica e prática do projeto é também evocada. Neste item, busca-se que os participantes percebam a relação entre o terreno biológico sadio da terra e a saúde do homem. Aborda-se a influência

negativa da agricultura geneticamente modificada sobre o ambiente e sua ineficácia dentro de um programa de pequenos produtores rurais. O alimento orgânico é o objetivo comum a ser alcançado, de uma parte pelo entendimento dos profissionais de saúde e de outra pelo benefício trazido a pequenos produtores de frutas e hortaliças, independente da categoria de renda.

Apresenta-se o modelo fisiológico da elevação da imunidade primária, através dos benefícios e das interações das bactérias homeostáticas do solo com a parede intestinal humana. O tecido linfóide intestinal sadio e a microbiota bacteriana são apresentados como promotores básicos de saúde, pela manutenção da integridade da permeabilidade intestinal. Há vários prejuízos decorrentes da sobrecarga do sistema imune intestinal por bactérias e fungos nocivos, determinando reações alérgicas e desequilíbrio da resposta imune. Igualmente, a ausência de bactérias benéficas no trato gastrointestinal pode ser considerada uma situação fisiopatológica comum hoje em dia.

Biogenia

É preciso cada vez mais desafiar uma visão vigente na academia médica, a qual diz que as doenças são combatidas por princípios ativos dirigidos a um alvo, o qual pode ser um receptor celular, estruturas de microorganismos e muitos outros alvos biológicos, em geral bloqueando sínteses de componentes celulares microbianos ou rotas metabólicas, em todos os sistemas fisiológicos em que atuam. O modelo vigente torna-se discutível, pois ao dirigir-se a um alvo específico, bloqueiam-se também os efeitos fisiológicos *benéficos* resultantes das mesmas reações interrompidas.

Isto ocorre, por exemplo, no nível gastrointestinal, quando se suprime a secreção ácida gástrica, ou no nível cardiovascular, ao impedir conversão de enzimas fundamentais à homeostase pressórica. São também conhecidas as consequências nocivas sobre outros sistemas, através de efeitos cumulativos ou colaterais. Este é mais um dos efeitos nocivos das drogas químicas alopáticas.

A *probiótica*³⁸ é um ramo da ciência que despontou no ano 1907, quando Metchnikoff publicou seu artigo “*The Prolongation of Life*”, laureado com o Prêmio Nobel de Medicina em 1908. Apesar da enorme repercussão do artigo na época, a probiótica submergiu a um estado latente durante quase um século, devido à síntese e proliferação dos antibióticos, cujos resultados tornaram-se notáveis nas economias de guerra, dando impulso a estas práticas na população em geral, tornando-se praticamente a única alternativa para o tratamento e mesmo profilaxia de infecções. A teoria do terreno biológico apresenta importantes soluções para o tema, agora no âmbito microbiológico. Quando Metchnikoff fez seus estudos no Cáucaso, percebeu que os habitantes desta região atingiam idades impensáveis mesmo nos dias de hoje, e bebiam diversos preparados fermentados, sendo comum o uso do “kefir”³⁹. Este agregado de microorganismos têm uma simbiose perfeita com o sistema gastrointestinal, possibilitando a colonização seletiva de diversos setores do tubo digestivo. Além disso, diversas espécies bacterianas simbióticas promovem a produção do ácido láctico levógiro, capaz de suprir o metabolismo cardíaco, como um nutriente energético para a contração do miocárdio.

É necessário, aí dentro, trazer à tona a ciência relativamente recente da **nutracêutica**. Um nutracêutico pode ser definido como: qualquer substância que possa ser considerada um alimento ou parte de um alimento, que possa prover benefícios médicos tais como a prevenção e o tratamento de doenças. Os nutracêuticos variam de: nutrientes isolados, suplementos dietéticos e dietas, alimentos desenhados por engenharia genética, produtos herbais, e produtos processados como cereais, sopas e bebidas. Podem ser: 1) fibras dietéticas, 2) ácidos graxos poliinsaturados, 3) proteínas, peptídeos, aminoácidos e cetoácidos, 4) minerais, 5) vitaminas antioxidativas, 6) outros antioxidantes (glutathione, selênio, etc...).

O presente estado de conhecimento sobre nutracêutica representa um grande desafio para nutricionistas e médicos. A autoridade médica pública

38 Não confundir esse termo com a prática naturalista do Dr. Jong Suk Yum, depois chamada de Unibiótica, excelente terapêutica naturalista.

39 KEFIR é uma bebida fermentada por micro-organismos benéficos, a exemplo do iogurte natural, e que pode ser feito no leite, no suco de soja ou de frutas.

já considera a prevenção e o tratamento com nutracêuticos um poderoso instrumento na manutenção da saúde e na contraposição a doenças crônicas e agudas determinadas por alimentos. São *determinantes de saúde excelente, longevidade e qualidade de vida*. Muitos nutracêuticos já são bem conhecidos e descritos (*carotenos*, por exemplo). Enfatizamos contudo as fontes naturais vivas e os efeitos destas substâncias naturais sobre a saúde e a economia.

Dentre outros nutracêuticos, destaca-se o *resveratrol*, atuando na integridade do endotélio vascular frente às lesões causadas por agentes químicos (radicais livres), endógenos (homocisteína) ou microbiológicos. O *ácido elágico*, capaz de retardar a fase G da mitose das células cancerosas em apenas 48 h, inibindo com isto a divisão celular cancerosa. A *quercitina*, eficaz protetor do endotélio com efeitos sobre as varicosidades, hemorróidas, doença vascular e retinopatia diabética. A *luteína* e a *zeaxantina*, que apresentam efeitos flagrantes na proteção aos olhos, particularmente sobre a degeneração macular. O metabolismo da visão é altamente oxidativo, e estes nutracêuticos protegem, com a ingestão diária, a retina e seus componentes celulares dos radicais livres. O *indol-3-carbinol*, potente antioxidante, com efeitos importantes no metabolismo dos estrogênios e na proteção do tecido mamário e de órgãos reprodutores das lesões celulares oxidativas. O *folato*, vitamina solúvel do complexo B, com efeitos na prevenção da anemia da gravidez e na produção e manutenção de novas células, o que é de suma importância em períodos de rápida divisão celular como ocorrem na infância e na gravidez, no auxílio da prevenção de falsas transcrições e mudanças no DNA, sendo assim protetor das células contra o câncer. Mais recentemente, discute-se o papel dos folatos no metabolismo e manutenção de níveis séricos estáveis do aminoácido *homocisteína*, cujo excesso implica na formação precoce de placas de ateroma. Os *licopenos*, carotenóides que previnem a oxidação da fração de colesterol “lipoproteína de baixa densidade” (LDL), sendo responsável pela redução do risco de desenvolvimento de aterosclerose e doença coronariana, de acordo com estudo recentemente publicado na revista científica *Lipids*. Os *alil-sulfídeos*, protetores da função cardíaca e redutores da viscosidade do sangue, atuando de forma importante na redução da resistência vascular periférica, e com isto, redução de níveis pressóricos na

hipertensão arterial e coadjuvantes na inibição de crescimento tumoral. O *ácido láurico*, nutracêutico capaz de inibir o crescimento viral, bacteriano e de protozoários. Uma vez no corpo, o ácido láurico é transformado em um ácido graxo denominado *monolaurina*, que é a substância responsável pela proteção de lactentes de infecções virais, bacterianas ou por protozoários. O *ácido caprílico* é mencionado por suas propriedades sinérgicas e semelhantes.

A complexidade atingida pela natureza ao estocar estes nutracêuticos em simples e saborosas *frutas e produtos de horta orgânica* não pode ser reproduzida em laboratório, em sucessivas tentativas de fragmentar o que é perfeito de forma integrada. Uma das dimensões dessa complexidade é o *sinergismo*, energias diferentes que convergem mostrando que os alimentos vivos não agem por um modelo tipo *princípio ativo-receptor*, mas por múltiplas interações que resultam em uma cascata antioxidativa e pró-metabólica, na qual os nutrientes são selecionados automática e equilibradamente, a partir de alimentos em sua forma mais natural.

É neste sentido que promovemos o preparo de diversos fermentados probióticos como o *kefir* de leites vegetais (castanhas e frutas), *sauerkraut* – o conhecido fermentado probiótico de hortaliças da culinária européia central, o *rejuvelac*, preparado fermentado de trigo germinado e prensados de hortaliças ricas em nutracêuticos. Nesta aula de culinária, demonstra-se que o cozimento das hortaliças pode ser obtido por fermentação ou por aplicação mecânica, métodos que mantêm os elementos nutritivos em sua forma íntegra.

Bem estar mental

Após uma pausa nos anos 80, o mundo vem experimentando uma verdadeira epidemia no consumo de drogas lícitas ou não. Após a inclusão de ansiolíticos e antidepressivos na lista de medicamentos gratuitos para a população, houve enorme aumento na prescrição destas drogas para a população de baixa renda. Muitos destes pacientes seriam passíveis de uma abordagem natural, não restrita apenas aos alimentos, mas uma forma

integrada de práticas naturais que seriam determinantes para uma redução do consumo e adição a estas drogas.

Adotamos aqui uma postura bastante ampla, no que tange o termo “adição⁴⁰”. Além de abordar as conhecidas adições a álcool, *cannabis*, cocaína e outras dezenas de drogas lícitas ou não, trazemos à tona o fenômeno conhecido por “cérebro biologicamente alterado”. Quanto mais nos aproximamos do conhecimento do problema de dependência de drogas, mais percebemos que o cérebro biologicamente alterado é a base comum das adições.

Na teoria que sustentamos, quatro forças regem o cérebro biologicamente alterado: 1) genéticas, 2) forças genéticas interrompidas por fluidos seminais enfraquecidos, 3) nutrição pré-natal restrita e 4) forças ambientais. Esta visão holística do assunto é inovadora, pois desenvolve-se ao mesmo tempo sobre bases da doença mental que precedem qualquer outro tipo de abordagem anteriormente descrita e desenha-se um caminho que conduz ao encontro inédito de uma saúde plena nos âmbitos físico, mental e *espiritual*.

O alimento processado, já mencionado em outros blocos (farináceos, açúcar e gorduras hidrogenadas), retorna como grande determinante de distúrbios do pensamento, junto a fatores que envolvem o coletivo emocional e racional do atual momento que vive o planeta. Estatísticas recentes impressionam, pois trazem números assustadores de consumo de álcool, drogas ilícitas e mesmo de drogas lícitas (prescritas por médicos) a crianças em idade escolar. As projeções para um futuro próximo são desanimadoras, pois em todos os centros urbanos, mesmo aqueles menores, aonde uma vida mais pacata e provinciana seria o esperado, cresce o consumo de drogas pesadas e desvio de conduta entre os adolescentes. Roubo e violência relacionados à necessidade da compra de drogas é fato comum na atualidade.

A base fisiológica a ser investigada neste caso envolve a bioquímica dos *neurotransmissores*. A síntese, o armazenamento, a liberação e a atuação de cada neurotransmissor sobre sítios receptores. Ênfase especial deve ser dada à origem molecular dos neurotransmissores. Os peptídeos e aminoácidos são a base bioquímica dos neurotransmissores endorfina, serotonina, ácido gama-aminobutírico (GABA), adrenalina e dopamina. Nota-se, em casos

40 Refere-se à drogadição, à situação dos adictos, viciados.

de alcoolismo, recuperação de uso de drogas e depressão, que os indivíduos afetados são deficientes da maioria, senão de todos os neurotransmissores. Além disso, carecem estes pacientes de ácidos graxos, óleos essenciais, aminoácidos e carboidratos *vivos*, fundamentais para uma função cerebral adequada.

Sendo assim, não se pode pensar em um programa de recuperação de adictos sem levar-se em consideração os nutrientes celulares e, mais especificamente, neuronais, sem os quais qualquer resultado torna-se apenas provisório. À medida que prossegue a vida do indivíduo, carências alimentares e recaídas psicológicas o tentarão ao consumo de outras e mesmo mais potentes drogas. Oito mudanças no estilo de vida que ajudam a vencer a ansiedade e a depressão devem então ser lembradas: 1) *permanecer fisicamente ativo*, 2) *aumentar as conexões com amigos e família*, 3) *dar vazão à criatividade*, 4) *cultivar o senso de humor*, 5) *respirar adequadamente (adquirir técnicas)*, 6) *dormir bem*, 7) *promover relaxamento mental*, 8) *tocar e ser tocado*. Trazemos por vezes um nono fator, consequência destas práticas e que, se assumido, mantém um estado mental estável e profundo: um lugar para a *espiritualidade*.

Neste sentido, propomos o cardápio “alto-astral”, onde predominam, além de alimentos já mencionados que mantêm a integridade do terreno biológico, ingredientes ricos em matéria-prima para os neurotransmissores, como o triptofano e o 5-hidroxitriptofano, fenilalanina, tirosina, glutamina e outros menos conhecidos, além de complementos de vitaminas, peptídeos, minerais e os óleos essenciais fundamentais para uma função neuronal sadia. Néctares, cremes e uma inusitada torta de chocolate (sem gorduras hidrogenadas ou açúcar) são preparados coletivamente⁴¹. Salienta-se que são tortas e doces nos quais predominam gorduras de baixo peso molecular e proteínas, adoçados por frutose proveniente de frutas secas usadas nas receitas. Cada vez mais fica evidente as diversas outras vantagens de reduzir o açúcar, amidos e gorduras hidrogenadas, entre elas a flagrante redução

41 Para todas as receitas indicamos nosso livro *Lugar de médico é na cozinha*. E o site: www.oficinadasemente.com.br

dos índices de glicemia, colesterol e triglicerídeos séricos, todas obtidas pela adoção de culinária viva.

Luz solar e visão

A medicina moderna tem desconhecido as propriedades terapêuticas originadas das radiações desta estrela de segunda grandeza, centro de nosso sistema planetário. Recentemente, um grupo de cientistas norte-americanos e europeus criou o conceito de *fotomedicina*, ou práticas diagnósticas e terapêuticas que levam em conta o órgão dos sentidos mais relacionado à luz – o olho humano, as diferentes faixas e intensidades de luz que têm relação com os ritmos circadianos, sazonais e, mais detalhadamente, com a produção fisiológica de hormônios. É preciso ter em mente os sistemas que mantêm o equilíbrio endócrino-metabólico de nosso corpo. A pineal, o eixo hipotálamo-hipófise e suas conexões com o sistema nervoso autônomo (simpático e parassimpático). Mudanças induzidas pela luz alteram significativamente a potência de enzimas e hormônios, que são responsáveis por reações dinâmicas dentro de nossos corpos. A conhecida relação da luz solar com a conversão do dihidroxi-colecalciferol em vitamina D é estendida para efeitos em diferentes níveis enzimáticos que afetam os sistemas cardiovascular, neuro-endócrino, respiratório, muscular e digestivo.

Albert Szent-Gyorgyi, ganhador de prêmio Nobel e descobridor da vitamina C, reconheceu como a luz e as cores afetam profundamente nossa saúde. Grande parte das enzimas e hormônios envolvidos em diferentes rotas metabólicas têm cores específicas e são muito sensíveis à luz. Como comprovação disso, quando são estimuladas por luzes de cores diferentes, enzimas e hormônios experimentam frequentemente mudanças moleculares que alteram suas cores originais. Estas mudanças induzidas pela luz alteram significativamente a potência destas enzimas e hormônios, que são responsáveis por reações dinâmicas dentro de nossos corpos.

O olho humano tem funções fisiológicas e sensoriais. O mecanismo da visão depende de funções enzimáticas e metabólicas. Adverte-se então para o consumo de alimentos antioxidantes, tais como as vitaminas A, C, D e E e os

fitonutrientes *luteína* e *zeaxantina* para a manutenção de uma visão de cores no claro (cones) e de contrastes no escuro (bastonetes). Mais uma vez presente nos alimentos vivos. Os olhos albergam 70% dos receptores sensitivos do corpo e são o ponto de entrada de 90% de toda a informação adquirida no decorrer de uma vida (com exceção dos cegos, que recebem sua informação pelos outros órgãos dos sentidos). Comprovando isto, dos três bilhões de mensagens transmitidas ao cérebro a cada segundo, dois bilhões provém dos olhos. O terço posterior do cérebro, que guarda o banco de memória e grande parte de nossa inteligência é a porção do cérebro utilizada na visão.

Ignatz von Peczely descreveu o que hoje é a ciência clínica da *iridologia*. Ele descobriu que a íris dos olhos é literalmente um pequeno mapa do corpo. Um artigo de dezembro de 1989, publicado na revista *Soviet Life Magazine* mostra o estudo de um grupo de pesquisadores soviéticos utilizando-se de câmeras de vídeo ultra-sensíveis, que encontraram uma correlação de 100% entre os achados desta técnica iridodiagnóstica recém desenvolvida e as condições reais dos 150 indivíduos avaliados. Clínicos contemporâneos, como o Dr. Hoisel, de Salvador, utilizam a análise da íris para revelar situações anormais, inflamações e condições tóxicas de órgãos e tecidos. Dr. Andrew Weil, coordenador do programa de Residência em Medicina Integrativa da Universidade do Arizona, vem conduzindo dezenas de estudos científicos em iridologia, com novos temas sendo oferecidos anualmente em sua pós-graduação⁴².

Inflamações

Os efeitos da alimentação viva sobre o terreno biológico, como mantenedor do equilíbrio do sistema inflamatório, são imensos. A dor é um sinalizador importante das disfunções que podem estar afetando determinado tecido, órgão ou sistema. Ela não deve ser suprimida artificialmente, como propõe a terapêutica vigente, mas controlada, entre outras coisas,

42 Novas ciências clínicas observam a relação entre os movimentos oculares e os estilos de processamento cognitivo. Estudam como as pessoas processam e armazenam informação, e mais, como estes estilos de processamento se manifestam em suas ações. Entre elas, temos a Programação Neurolinguística (PNL) e a EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*).

pela redução do consumo de açúcares e amidos da dieta. Estudos em reumatologia demonstram que 95% dos sintomas em artrite reumatóide e fibromialgia podem ser amenizados ou suprimidos pela alimentação viva, altamente mineralizada, enzimática, hipocalórica e estruturante. Uma dieta predominante de gorduras poliinsaturadas (de baixo peso molecular) e proteínas vegetais atua positivamente nas manifestações clínicas da artrite reumatóide, gota, constipação crônica, alergias, agregação plaquetária, deficiência imune, depressão e psoríase.

Nesta visão do metabolismo analisam-se os dois caminhos do ácido gama-linoléico: a rota intermediada pela insulina resultando na produção de prostaglandinas PG_2 , que determinam uma cascata de eventos inflamatórios. Já a rota do hormônio glucagon, de efeitos opostos à insulina, determina a produção de prostaglandinas do tipo PG_1 e PG_3 , ambas amenizadoras do processo inflamatório. Uma dieta como a contemporânea, rica em proteínas e carboidratos tende a aumentar a secreção de insulina, sendo portanto inflamatória.

Já a alimentação viva, conforme preconizamos, altamente mineralizada, hipocalórica, normograxa e normoproteica, provida de óleos essenciais, como o da linhaça ou gergelim, determina uma secreção equilibrada do glucagon, sendo portanto reguladora da inflamação. Tal efeito torna-se flagrante nas patologias inflamatórias crônicas, como a artrite reumatóide, a fibromialgia e doenças inflamatórias intestinais, onde a redução sintomática pode chegar a 95%.

Em nossas obras e cursos, apresentamos detalhes culinários da preparação de produtos desidratados pela luz solar, presente em nosso país, em média, 300 dias por ano. Ensina-se a prática do pão essênio, que não é feito de amido, mas de sementes germinadas de trigo, portanto hipocalórica. A massa obtida é aberta manualmente sobre superfície de vidro. Após estes procedimentos é exposta ao sol. O pão não recebe fermento, portanto não carrega nem induz a micotoxicidade. Diversas variações são demonstradas, como pizzas, tortas, *crackers* e *cookies* naturais. Ensina-se a desidratação solar de frutas, em sua forma integral ou cremosa, gerando assim frutas secas, geléias e balas. Estes alimentos são particularmente importantes para as

crianças, que necessitam dos sabores doces e ricos em cálcio. O sabor destas balas é acentuado e preenche o paladar, gerando nas crianças a saciedade que buscam, em vão, no açúcar e produtos de confeitaria.

Água estruturada

É preciso dar uma ênfase especial a este elemento vital, que representa o maior constituinte de nossos corpos e ocupa a maior parte da superfície da Terra. Da qualidade da água podem advir os melhores benefícios à saúde. De forma oposta, a presença de substâncias tóxicas e nocivas na água potável e mesmo para banhos, pode conduzir estes elementos ao íntimo das células, gerando desequilíbrios e doenças crônicas. Há diferentes tipos de contaminação das águas, como farmacológicos, microbiológicos e radioativos, e, igualmente, diferentes tipos de filtragem, como carvão ativado, osmose reversa, destiladores de água, ionização de água e modelos populares, simples e baratos.

A água contida na estrutura celular de alimentos vegetais vivos é a mais biologicamente ativa disponível. Esta água - biologicamente ativa - é denominada *água estruturada*. A água estruturada contém, ou tem a capacidade de conter mais energia que a água não estruturada, como a água destilada ou mineral. Pesquisadores concluíram que na água estruturada o ângulo da ligação molecular entre os átomos de oxigênio e hidrogênio é diferente da água não estruturada e sem carga energética. A água estruturada pode ser facilmente desestruturada através de aquecimento e fervura. As frutas contêm a maior quantidade de água - aproximadamente 85% - e as verduras contêm algo menos, embora algumas hortaliças, como as cenouras, possam conter até 88% de água.

Nosso corpo depende da circulação. Há diversos princípios de microcirculação: fluxo laminar, perfusão tecidual, reologia das hemácias e adesão leucocitária, Lei de Starling (mecânica do fluido transcapilar) e Lei de Poiseuille (resistência ao fluxo capilar). Nesta última lei, estabelecem-se os princípios pelos quais a hipertensão arterial pode ser observada desde o ponto de vista microcirculatório. O alimento vivo, por tratar-se de uma forma

de alimentação menos inflamatória e agregadora de plaquetas, contribui de forma diretamente proporcional com a redução da viscosidade sanguínea. Além disso o alimento vivo reduz sobrepeso de forma significativa, com isto reduzindo a extensão da rede microcirculatória e favorecendo a resposta vasodilatadora capilar, esta sim, de grande peso na redução da resistência ao fluxo capilar, por ser inversamente proporcional e elevada à quarta potência.

Na prática alimentar que propomos, enfatiza-se aqui o preparo de cremes, “musses”, pavês, tortas, doces, néctares e sucos; todos valorizando a estrutura natural das frutas. Prepara-se um néctar de melancia simplesmente com o uso de um filtro, para manter mais íntegra a estrutura do néctar. A água de coco tem grande em poder estruturante.

Ar, oxigênio e respiração

EM geral, tem-se feito uso inadequado do ar atmosférico, desde a forma de ventilação ofegante e superficial adotada pela maioria, passando pela má qualidade do ar no mundo industrializado e consolidando-se em uma má perfusão tecidual com reações oxidativas predominando sobre as protetoras, e pH ácido prevalecendo sobre o alcalino. Isto deixa claro que pouco conhecemos do processo denominado *respiração*. Respiração é um complexo de eventos bioquímicos e enzimáticos, que se inicia na atmosfera e completa-se no nível intracelular, mais precisamente nas mitocôndrias.

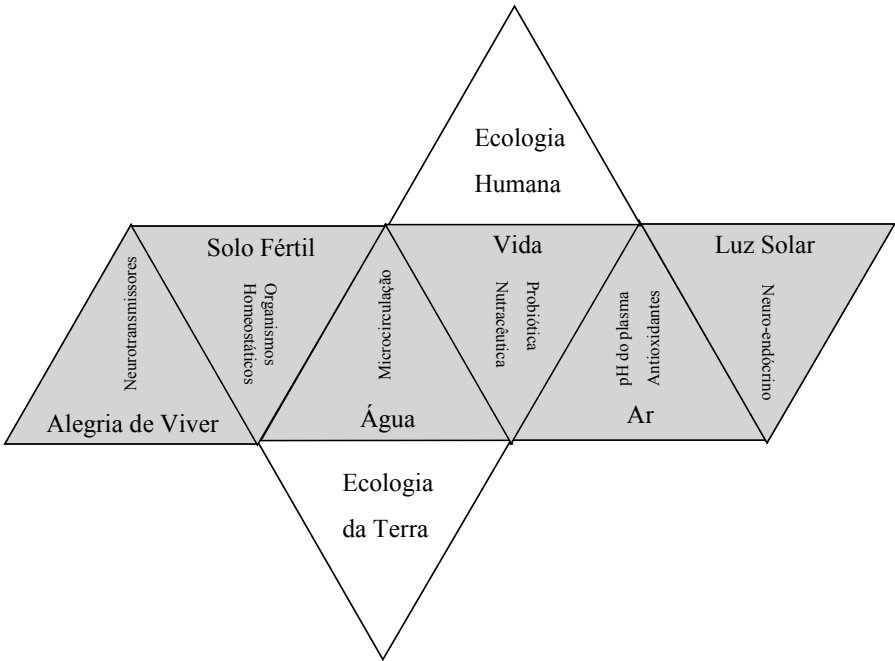
Sendo assim, torna-se cada vez mais importante tomar consciência de todas estas etapas e otimizar o uso adequado do oxigênio. O hábito de fumar é uma agressão a todos os compartimentos onde o oxigênio circula, desde o ambiente externo até o nível intracelular. Lembrem-se as conseqüências do fumo passivo, principalmente sobre as crianças.

O tipo de alimentação contemporânea apresenta efeitos diretos sobre o pH sanguíneo. Todos os eventos que determinam o ciclo da decomposição – ruptura do terreno biológico - tem como base inicial a acidificação do plasma. Disso decorrem conseqüências de desequilíbrio sobre os epitélios gastrointestinal, respiratório e urinário, acompanhados da ação dos radicais livres ao alterar as pontes intercelulares e criar o mecanismo de lesão das

mucosas. A alimentação natural alcalina, mineralizada e rica em antioxidantes, pode reverter estes processos.

Recomendamos neste particular da respiração, o *pranayama*, uma série exercícios respiratórios inspirados no yoga, capazes de integrar os diferentes setores do complexo bioquímico envolvidos na respiração.

Para finalizar, apresentamos uma figura geométrica integrativa dos fatores que compõe a prática naturalista, crudivorista e integrativa que estamos a propor. Trata-se de um esquema das *Bases Fisiológicas da Terapêutica Natural*: integração dos blocos, formando uma bipirâmide triangular; os termos “ecologia humana e da Terra” ficam embutidos na montagem do poliedro. Os objetivos a serem atingidos são parte do todo, interdependente e autoestruturado.



Bibliografia

ANDLAUER, W., FÜRST P., *Nutraceuticals: A piece of history, present status and outlook* Food Research International, (2002) 35: 171-176.

BELISLE e col. *Functional Food Science and Behaviour and Physiological Functions* British Journal of Nutrition (1998) 80 (Suppl. 1), S173-S193.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Departamento da Atenção Básica Guia Prático do Programa de Saúde da Família Brasília*, Ministério da Saúde, 2001 128p.

CAPRA, F., STONE, M.K., BARLOW, Z. e col. *Alfabetização Ecológica: educação das crianças para um mundo sustentável*, Ed. Pensamento/Cultrix (2005)

DEFELICE S.L., *The Nutraceutical Initiative: a Recommendation for U.S. Economic and Regulatory Reforms* Genetic Engineering News, 1992, 22:13-15

HAMMES W.P., HERTEL C., *Research approaches for pre- and probiotics: challenges and outlook* Food Research International, (2002)35: 165-170.

HOLZAPFEL W.H., SCHILLINGER U., *Introduction to pre- and probiotics* Food Research International, (2002)35: 109-116.

PERIBANEZ, Alberto Gonzales. *Lugar de médico é na cozinha*. Editora Rio, 2006.

ROBERTFROID, M.B., *The science of functional food In: Proceedings: Forum on Functional Foods*. A Council of Europe Initiative. Dezembro 1-2, (1998) Palais d'Europe, Strasbourg, France.

SALMINEN C.L., *Functional food science and gastrointestinal physiology and function* British Journal of Nutrition, (1998) 80 (Suppl. 1), S147-S171.

SARIS E.C., *Functional food science and substrate metabolism* British Journal of Nutrition (1998) 80 (Suppl. 1), S47-S75.

A medicina mente e corpo como ampliação da ciência da saúde

Júlio Antunes Barreto Lins⁴³

Trata-se, aqui, de uma visão ampliada da medicina com ênfase nas possibilidades de ação direta dentro do parâmetro que conecta mente e corpo. Utilizaremos, para tanto, descrições de casos reais e comentários sobre as técnicas utilizadas. O novo paradigma em saúde está trazendo importantes avanços na integração de saberes, avançando além da necessária crítica básica ao paradigma cartesiano (cf. Pelizzoli, 2007 e 2010). Dentre esses avanços integradores está a *medicina mente-corpo*; ela é parte da medicina integrativa, mais ampla, que em seus vários ramos estuda as facetas do conhecimento sobre a saúde e a cura (fitoterapia, acupuntura, suplementação alimentar, medicina quântica, fisiologia dos oligoelementos e outras) (cf. Weil, 2006). Vamos aos casos concretos.

Letícia é casada e tem um filho pequeno. Quando nos conhecemos, ela vinha apresentando descontrole emocional e dores pelo corpo há seis meses. Ela não encontrava motivos para sua angústia, mas, mesmo assim, não conseguia mais conter suas emoções, chorava desesperadamente em público a maior parte do tempo. Já havia procurado um psiquiatra e estava tomando grande quantidade de ansiolíticos e antidepressivos. A comunidade já considerava que ela havia enlouquecido. Apesar de Letícia não associar um fato ao outro, ela havia perdido sua avó há oito meses.

43 Médico de Família e Comunidade, especialista nas áreas de Medicina Chinesa e Acupuntura, Medicina Mente-Corpo, Gestalt Terapia e Tradição Meditativa Tibetana. E-mail: lins_julio@yahoo.com.br

Ao ser encaminhada a mim, como médico de família de sua comunidade, demonstrei, inicialmente, meu principal interesse em escutá-la como pessoa comum, em que ela acreditava, suas afinidades e aversões, sua família e relações. Estabelecemos, assim, um vínculo de confiança no primeiro mês. Sem grandes melhoras, ela estava apenas um pouco mais calma, veio para duas consultas no consultório, porém, vinha à Unidade de Saúde várias vezes por semana; passava quase toda a manhã na sala de espera a pedir água, chorar muito e ter pequenas conversas com outros pacientes e com os outros trabalhadores. Introversa, não “fazia cenas” nem chamava em demasia a atenção. Ao nos encontrarmos na rua algumas vezes (pois eu também fazia visitas domiciliares na área onde ela morava) eu sempre buscava atravessar a rua e cumprimentá-la para fortalecer o vínculo. Claramente, ao oferecer essas dádivas (demonstração de interesse, amizade e carinho) estabelecemos uma troca de dádivas, uma relação onde os dois têm a percepção de que estão ganhando e se sentem agradecidos, tanto eu quanto ela (cf. Martins, 2003).

Após um mês perguntei qual a imagem que lhe ocorria na mente quando eu a lembrava sobre sua avó. Fui surpreendido com uma imagem muito dolorida da avó morrendo no serviço de emergência e “cheia de tubos” em estado de humilhação e abandono. Além desta, nenhuma outra imagem lhe vinha à mente sobre sua avó. Confirmou ainda que essa imagem lhe vinha à mente muitas vezes durante o dia, apesar da tentativa de evitar essa lembrança.

Propus então um trabalho de EMDR (Dessensibilização e Reprocessamento pelo Movimento Ocular) (cf. Schreiber, 2004), no qual a pessoa concentra-se na imagem mental enquanto acompanha o movimento de meu dedo com os olhos. Realiza movimento ocular semelhante ao do estágio de sono profundo chamado REM, ao mesmo tempo em que, paradoxalmente, reaviva as imagens de sua memória. Antes de iniciar o experimento, foi enfatizada a necessidade de coragem e a segurança de se tratar apenas de imagens mentais e não do evento em si. Durante a segunda repetição de um minuto focando nos detalhes mínimos da imagem do hospital, ela se lembrou de sua avó sorrindo. Nesse momento seu semblante mudou e exibiu, pela primeira vez em minha presença, tranquilidade. Parabenizei-a pela

capacidade de mudar as próprias imagens mentais e forneci papel e lápis de cera para que, na sala de espera, sem pressa, ela desenhasse a imagem de sua avó sorrindo da maneira que ela soubesse. Essa consulta descrita acima durou quinze minutos, com mais cinco minutos na volta ao consultório para mostrar o desenho bem simples de uma mulher sorrindo, que para ela representava sua avó. Solicitei que pendurasse o desenho na parede de sua casa e todos os dias sorrisse com ela. Após algumas semanas de melhora progressiva ela pôde parar de tomar os remédios. Após um ano e meio ela continuava bem, vindo ao consultório apenas para trazer seu filho com problemas comuns da infância.

Um outro caso que ilustra ainda melhor o paralelismo mente-corpo, em que usei a mesma estratégia terapêutica, foi o de uma mulher na meia-idade que sentia dores por todo corpo há um ano e havia perdido seu filho há 1 ano e 4 meses, vítima de assassinato. Seu filho foi retirado de sua casa por matadores, na presença desta mãe, e levado em um carro e posteriormente achado morto com sinais de tortura. Inúmeras vezes ao dia, ocorriam na tela mental dessa mulher cenas do assassinato do filho. Colocando-me no lugar dela e imaginando uma única vez o mesmo ocorrendo com minha filha, sinto dor no ombro (colocar-se no lugar do outro e visualizar o que o outro experimenta é um ótimo exercício de sensibilidade). Penso que, de fato, repetir essa poderosa imagem mental muitas vezes ao dia, durante um ano, possa realmente ter provocado sérios desequilíbrios nos sistemas nervoso autônomo e muscular e a conseqüente dor física.

O “combustível”, por assim dizer, que faz com que essas imagens se manifestem tão incessantemente parece ser a aversão, a tentativa de “não pensar nisso”, ou “tirar isso da cabeça”. Um exemplo simples, para entender como esse mecanismo funciona, é a frase “não pense em um elefante”, ela traz à mente a imagem de um elefante. Essas imagens perturbadoras têm poderoso efeito emocional e evocam uma sensação de injustiça e inadequação; também por isso, o psiquismo tenta trazê-las de volta para reprocessá-las. Uma estratégia eficaz é substituir uma imagem perturbadora por uma outra diferente, estabelecendo um novo hábito mental (cf. Weil, 2006); para que isso se dê verdadeiramente, facilitamos o contato com a imagem (cf.

Perls, 2002), o que diminui a aversão e leva a saltos para outros níveis de significado e representação. Isso foi o que o trabalho de EMDR provocou: o contato com a imagem num estado de atenção em algo que acontece agora (o movimento dos olhos), esse estado paradoxal de atenção parece provocar uma mobilização da memória emocional que estava arraigada.

Outra atitude também muito poderosa é ser capaz de não se apegar ou manifestar aversão aos pensamentos, apenas deixar as imagens irem e virem na mente, relaxando a mente. Essa atitude é aprendida na meditação e, apesar de exigir disciplina e treino por parte do praticante, tem sido usado com sucesso em programas hospitalares de redução de estresse (cf. Kabat-Zinn, 2005).

No caso que estamos estudando, apesar das imagens serem extremamente fortes, elas não foram presenciadas pela paciente; mas constituídas por essa mãe a partir das marcas no corpo do filho. Ela estava tão atormentada por essa imagem que não podia lembrar de nenhuma outra imagem de seu filho. O trabalho com as imagens aconteceu em duas etapas: na primeira, apenas com a sugestão de mudança ao se concentrar na imagem ao mesmo tempo em que realizava os movimentos oculares, visualizou seu filho não mais morrendo em angústia e raiva, mas, logo antes do tiro final, se reconciliando com Deus e pedindo por sua família, e, logo após a sua morte, tendo sua alma conduzida por anjos. Numa segunda etapa, ela se lembrou de seu filho empinando pipa quando criança. Desenhou essa imagem em lápis de cera e foi orientada a cultivar essa imagem. Recuperou-se plenamente das dores no corpo, permanecendo apenas com eventual cefaléia moderada.

Discussão

Para que uma pessoa se sinta “bem”, é necessário que sua mente assim julgue a informação que provêm de seus sentidos vitais; tal como a mente interpreta qualquer outra situação determinando-a e gerando sentimento, apenas podemos nos sentir bem ou mal se nossa mente interpretar a situação do modo correspondente. Sem dúvida, a saúde é de difícil definição, porém

podemos entender que, de alguma maneira, a saúde passa por um “sentir-se bem” no nível íntimo, pessoal.

Os estudos modernos dos mecanismos bioquímicos e genéticos do corpo trazem contribuições importantes na compreensão do ser humano em seu aspecto microscópico. Não obstante, a hegemonização e dogmatização desse conhecimento, ao abandonar conhecimentos sociológicos, humanísticos e psíquicos, tem favorecido interesses mercantis mais que humanos. Relegar os conhecimentos da mente humana em segundo plano, como sendo inferiores aos conhecimentos da química cerebral, só faz com que compreemos cada vez novas drogas, mas sempre com eficácia parcial ou questionável em seus efeitos colaterais.

A área da nova ciência (ou do novo paradigma) que estuda a relação entre os fenômenos mentais e seus paralelos vitais e fisiológicos e o uso de ferramentas para, a partir da experiência mental propiciar a saúde e tratar desequilíbrios, tem sido chamada de Medicina Mente-Corpo. Escolho, a exemplo dos autores citados no texto, empregar o neologismo composto Mente-Corpo para expressar o paralelismo do corpo físico, mental e vital-emocional. Várias terapias vêm sendo estudadas e praticadas em conjunto (quadro 1) e indicadas caso a caso pelos praticantes da abordagem Mente-Corpo. Essas abordagens têm se mostrado eficazes no tratamento e na complementação terapêutica de muitos distúrbios clínicos.

Quadro 1 - abordagens da Mente-Corpo

Meditação.
Hipnose, PNL*, Imaginação Guiada.
Psicoterapia, Logoterapia, EMDR**.
Biofeedback e Coerência Cardíaca.

* PNL : Programação Neuro-Linguística ** EMDR: Dessensibilização e Reprocessamento pelo Movimento Ocular

O que procuramos pois é apresentar, em linhas gerais, essa vertente do novo paradigma na medicina e fornecer sugestões de autocultivo em saúde. Uma abordagem que considero a condição primeira para um bom trabalho

médico-paciente no olhar Mente-Corpo - que não se reduz à aplicação de técnicas - é a busca por *sentido* e a *Salutogênese*. Visto isso, analiso o conhecido “efeito placebo” sob a visão do “Bem Estar Evocado”. Isso é conjugado com conhecimentos neuro-fisiológicos, demonstrando como podemos coordenar funções do organismo, anteriormente tidas como involuntárias. Apresento, na sequência, o que a física contemporânea tem a nos dizer sobre o mundo em que vivemos e a relação da consciência com ele. Ainda nesse contexto, avalio como nosso condicionamento ao tempo mecânico é causa de adoecimento; e, por último, algumas idéias sobre meditação e emoções perturbadoras. Sigamos o caminho.

A Salutogênese⁴⁴ e a busca por sentido

A maior parte do treinamento e das ações de saúde realizadas pela medicina oficial vigente baseia-se na patogênese (“origem da patologia”). Esse paradigma estuda os mecanismos físicos pelos quais a patologia se expressa, e propõe intervenções que interrompem esses mecanismos. Mas muitos pesquisadores da psicologia (Rogers, 1981) e também da medicina (Antonovsky 1996, Moraes 2006, Perls 2004) mostram que precisamos estudar e entender a saúde para avançar no cuidado da pessoa para além das doenças, sua “cura” e prevenção. Ao olharmos em demasia para os mecanismos da doença (“mecanismos” - assim como uma máquina) olharemos insuficientemente para a pessoa, para a vitalidade e para a mente.

Nesse ponto, falando-se em mente-corpo, é levantada uma polêmica: quem seriam os sujeitos ou grupos nos quais poderíamos estudar propriamente saúde mental? A quem podemos considerar mentalmente saudável para poder estudar suas características?

Uma resposta dada foi o estudo dos “sobreviventes”. Durante as enormes atrocidades cometidas nos campos de concentração durante a segunda guerra mundial constatou-se que algumas pessoas conseguiram sobreviver às

⁴⁴ Estudo das origens da saúde física, anímica e espiritual. Opõe-se à ênfase na **patogênese**, que só vê doenças e agentes externos e isolados como causas de males, e não prioriza o fortalecimento da saúde e cura natural.

atrocidades com surpreendente saúde mental, e alguns, ainda, mesmo como vítimas em um meio tão terrível, apresentaram comportamento benéfico e altruísta (Frankl, 1991). Viktor Frankl foi prisioneiro em três campos de concentração, inclusive *Auschwitz*, e deu continuidade a suas pesquisas sobre a importância do sentido para a vida como fator fundamental para a saúde mental durante e após seu tempo como prisioneiro, e teve suas teorias postas à prova em um ambiente de fome, frio, doença, humilhação extrema, baixíssima probabilidade de sobreviver, assassinatos frequentes e sem justificativa por parte dos algozes.

Frankl foi um autor muito sensível e delineou um modelo sobre saúde mental extremamente importante e útil, especialmente nas áreas de grande sofrimento coletivo, nas quais trabalhamos como médicos de famílias, nas periferias. É, no entanto, igualmente importante em ambientes de menos privação social onde a falta de sentido talvez seja uma causa até mais pronunciada de adoecimento mente-corpo. Esse modelo, ele denominou Logoterapia (*logos* - sentido), ou seja, a terapia da busca de sentido.

Como disse Nietzsche: “*Quem tem pelo que viver agüenta quase qualquer coisa*”. Há três maneiras, segundo a Logoterapia, pelas quais um ser humano dá sentido à sua vida: através de sua ação no mundo, uma *missão*, através de um sentimento por alguém ou alguma coisa, *amor*, a terceira possibilidade é através da *dignidade* humana perante o sofrimento inevitável. Essa última maneira significa transmutar um contexto mental saltando para um novo contexto (cf. Frankl, 1991). Um bom exemplo é quando pessoas que, apesar de terem sofrido acidente vascular cerebral e apesar de dependerem do cuidado de sua família paupérrima, dizem sentir-se bem.

Uma extensão saudável da busca por sentido é a busca de um “suprasentido”, a busca empreendida na época de Frankl por místicos que ele pôde estudar em situação de sobreviventes, verificando um funcionamento sereno e altruísta bem acima da média.

O estudo, hoje, do que está além da racionalidade convencional tem se tornado tema da ciência em seus vários braços (também chamado de “novo paradigma”), em diálogo com meditadores e místicos (cf. Goswami, 2006). Movimento este que, sem dúvida, Frankl aprovaria. A cosmologia (visão de

mundo que nos faz reagir de uma certa maneira às situações da vida) de místicos que Frankl aprendeu a respeitar pela observação empírica de seu comportamento altruísta e sereno, em situações extremas de sobrevivência, está encontrando bases científicas não só na ética, mas também na física, na química, na biologia e na medicina. Discuto essas possibilidades de compreensão teórica da medicina mente corpo no tópico sobre Física.

Outro autor que estudou a questão dos sobreviventes e avançou na maneira como pensamos foi Aaron Antonovsky. Ele propõe uma medicina apoiada no paradigma Salutogenético (*saluto* - saúde), estudo da gênese da saúde ampliando o paradigma atual que é patogenético (*pathos* - sofrer, doença, daí patologia) estudo da gênese da doença. Sociólogo e pesquisador na área de promoção da saúde, ele indica que só poderemos avançar para ações efetivas de promoção da saúde se tivermos uma teoria explicativa para a saúde da mesma maneira que temos para a doença.

Segundo o próprio Antonovsky em sua busca para a pergunta: “o que explica o movimento em direção ao pólo da saúde do *continuum* saúde-doença?”, a resposta que abriu caminho para o salto de compreensão foi o conceito de Recursos Gerais de Resistência (GRRs). Esses GRRs são a propriedade que uma pessoa ou coletivo têm de lidar com os fatos “estressores” próprios da experiência humana nas mais diversas situações. O seu próximo passo foi perguntar o que todos esses recursos (GRRs) têm em comum? Por que eles funcionam? Todos esses recursos ajudam as pessoas a verem o mundo como **“fazendo sentido”!** Ou seja, levam a olhar para os estímulos do ambiente externo e interno como informação e não como barulho (interferência). O que é único é a combinação da apreensão cognitiva, do comportamento e da motivação que juntos determinam o **Senso de Coerência (SOC)** de uma pessoa ou de um coletivo. Esse conceito amplia e engloba elementos como otimismo, empoderamento, resistência, e outros.

Antonovsky criou uma escala para medir o Senso de Coerência de uma pessoa ou uma dada população. A Escala de Orientação para a Vida já foi testada em vinte países e se mostrou eficaz para determinar a saúde associada a diversas outras medidas de bem-estar e de doença. Esse é, sem dúvida, um indicador de saúde revolucionário. Essa é uma proposta arrojada, pois aponta

para ações de saúde que ajudem as pessoas e comunidades a aumentarem seu senso de coerência e encontrarem sentido em suas vidas.

O sentido da vida não pode ser respondido de forma genérica, mas apenas por ações que sejam respostas às perguntas difíceis que a vida nos faz (Frankl, 1991).

Várias de minhas pacientes estavam num momento semelhante de sua biografia. Sofriam de desinteresse pela vida e tédio; seus filhos já haviam crescido; eram católicas; haviam constituído família; e elas apresentavam muitos sintomas depressivos, fadiga e insônia. Elas todas apresentaram grande aumento da satisfação com a vida ao fundarem, incentivadas por mim como seu médico, um grupo de apoio a crianças de baixo peso ligado à pastoral da criança.

Graça, uma mulher de meia-idade, é um poderoso exemplo de uma pessoa que encontrou sentido para a sua vida pela dignidade perante o sofrimento. Teve seu filho querido assassinado ao sair do fórum após testemunhar em um processo judicial. Ela chegou a tempo de ver seu corpo recém caído no chão. Graça chegou ao extremo da ira, agressividade, com intensas dores ciáticas e duas tentativas de suicídio em curto espaço de tempo, decidida a se matar ou matar os assassinos de seu filho (coisa que ela não tem como fazer). O tratamento inicial foi consultas orientadas pela logoterapia, acupuntura para reequilíbrio vital, uso de medicação homeopática e antroposófica (*Aurun Metálico*) (cf. Moraes, 2005) para ajudá-la a recobrar a consciência de si própria, bem como alimentação com vegetais crus (Peribanez, 2006) e suplementação de Omega-3 (cf. Shereiber, 2004), para atender seu cérebro emocional (sistema límbico). Ela realizou um salto para outra maneira de ver, uma nova *gestalt* (“estrutura”). Durante a sua primeira sessão de Terapia Comunitária (cf. Adalberto, 2005) ela percebeu que, manter a dignidade diante do que aconteceu e levar sua vida apesar de tudo, é uma atitude radicalmente humana e que inspira outras pessoas a buscarem soluções e atitudes para seus próprios dilemas existenciais. Quando voltou a terapia na outra semana, disse, sorrindo, que tinha encontrado uma maneira de se sentir melhor quando estava com muita raiva: fazer o que seu filho mais gostava de fazer, jogar seu *videogame*. Graça não pensa mais em se matar e não sente

mais dores no corpo, embora continue com sofrimento, agora expressa o que sente com mais facilidade e ri eventualmente.

O caso ilustra como uma medicina integral pode utilizar-se de várias estratégias para tratar, ao mesmo tempo, se necessário, os corpos físico, vital, emocional e mental. Sua solução brilhante de jogar o *videogame* que o filho jogava permitiu a ela lembrar, e se familiarizar novamente com as lembranças, momentos alegres com seu filho, gerando uma sensação de reação de relaxamento e bem-estar.

O bem-estar evocado

É um fato amplamente aceito entre os pesquisadores que, se um grupo de pessoas sofrendo de praticamente qualquer doença tomar um placebo todos os dias (um “remédio” feito de farinha ou outra substância inócua no mecanismo da doença), ocorrem efeitos consideráveis; mesmo que se diga a essas pessoas que elas podem estar tomando um remédio verdadeiro ou não, elas irão melhorar de sua doença mais dos que o grupo de comparação – para fins de pesquisa - que nada tomou.

Esse fenômeno, chamado de “efeito placebo”, foi pouco estudado diretamente apesar de estar presente em quase todos os estudos clínicos controlados. Os estudos utilizam esse efeito apenas para comprovar que a substância biologicamente ativa de interesse é mais eficaz do que o “placebo”. Por orientarmos as pesquisas dessa maneira, o nome “efeito placebo” traz o preconceito de que ele é aleatório e que não é aproveitável pelo médico e pelo paciente. Tal nome, “efeito placebo”, de fato, traz a idéia implícita de que é um ruído de pesquisa, algo a ser superado.

O professor Hebert Benson, da Universidade Médica de Harvard, propôs há 30 anos uma nova maneira de olhar a questão. Rebatizou o efeito descrito acima de “Bem-estar Evocado” e passou a estudá-lo diretamente e não como fator de confusão em pesquisas com outro objetivo. Descobriu que o bem-estar evocado é o que o nome indica: a capacidade de uma pessoa evocar bem-estar a partir de três fatores (cf. Benson, 1998):

1. Crença e expectativas por parte do paciente
2. Crença e expectativa por parte de quem cuida do doente
3. Crença e expectativas geradas por um relacionamento entre o paciente e quem cuida dele.

Para demonstrar o importante papel que a crença tanto do paciente como de quem cuida do doente, Dr. Benson e seus colegas em 1979 estudaram os efeitos de tratamentos para angina e dor no peito analisando retrospectivamente os resultados de tratamentos que hoje temos por ineficazes (esse estudo foi novamente realizado em 1994 por H. A. Roberts para Asma, Herpes simples, úlcera do duodeno, e em 2001 por J. A. Turner para tratamento da dor). Ele demonstrou que enquanto os pacientes e seus médicos acreditavam neles entusiasticamente, eles funcionavam de 70 a 90 por cento, e quando o descrédito ia aumentando os resultados diminuía até que no auge do descrédito os resultados não eram melhores que o que se espera do efeito placebo aleatório numa população (em torno de 30 por cento) (Benson, 1991).

Dr. Benson a partir daí passou a perguntar-se qual seria a maneira de despertar essa qualidade de cura do organismo. Estudando jovens praticantes de meditação e os efeitos fisiológicos dessa prática ele desenvolveu o conceito de *Resposta de Relaxamento*. Dentre essas mudanças fisiológicas estão a diminuição do consumo de oxigênio, do ritmo respiratório, do ritmo cardíaco, da pressão arterial, da tensão muscular e aumento das ondas alfa. A capacidade de ativar essa Resposta de Relaxamento como antídoto para as respostas de luta e fuga reativas ao estresse, além de auxiliar no tratamento de grande número de enfermidades, também aumenta o senso de maior controle sobre sua própria vida.

Como aprender a ativar a Resposta de Relaxamento? Muitos métodos podem ser usados, a maior parte deles é simples e a Resposta de Relaxamento é treinada em quase todas as abordagens mente-corpo (meditação, hipnose, imaginação guiada, etc.)

A expansão de paradigma da medicina mente-corpo inclui valorizar pesquisas com metodologia controlada e achados neuro-imuno-fisiológicos,

porém, busca descobrir como podemos estimular o organismo a utilizar sua máxima capacidade criativa de cura - de defesa imunológica, de cicatrização, de equilíbrio hormonal, de neuroplasticidade neural. Também essa abordagem dá grande importância à consciência e à mente como sendo diretamente determinante no processo saúde-doença. É claro que o tema é vasto e entra nas áreas de todas as novas medicinas e da nova ciência (ou do novo paradigma). Aqui, objetivamos focar nas abordagens que influenciam positivamente o organismo a partir de fenômenos mentais.

Quando utilizo o termo *organismo*, o faço no sentido mais amplo do que tem sido comumente utilizado. O termo *organismo* foi cunhado por filósofos românticos do século XIX para se referir ao que não é apenas *mecanismo* (cf. Moraes, 2005); quando esse termo é utilizado para se referir apenas ao corpo físico estamos perdendo a riqueza do conceito, que inclui aspectos da vitalidade e da mente que estão além dos mecanismos do corpo (que são as vias metabólicas, os processos de neurotransmissores, etc.).

Pesquisas oriundas de várias áreas da ciência têm fornecido boas respostas a perguntas tais como: como a mente e a consciência influenciam o organismo? As explicações mais próximas do que nós, médicos, estamos acostumados, ou seja, pelos mecanismos do corpo, nos vem a partir de pesquisas do campo da *psiconeuroimunologia*.

O Cérebro Emocional

As Informações dessa área do conhecimento (psiconeuroimunologia) são muito vastas e detalhadas e, ao mesmo tempo, dada a complexidade de nosso corpo e ainda mais de nosso organismo, as lacunas de conhecimento são ainda muito grandes. É necessária, assim, uma teoria integrativa (e aberta), ou seja, que integre essas informações em um modelo inteligível que possa guiar nosso raciocínio e nossa atuação clínica. O famoso neurologista e neurocientista Antonio Damásio nos oferece um modelo com essas características: “O cérebro emocional” (cf. Damásio, 2002 e Schreiber, 2004). Esse cérebro emocional é localizado no centro do cérebro, também chamado de área límbica. Tem um funcionamento quase independente do cérebro

cognitivo (consciente, racional, imagético) e está muito intimamente ligado ao corpo. Podemos observar isso diretamente, quando em meditação, na medida em que é muito clara e direta a experiência de que as emoções são manifestação de processos corporais, esses por sua vez reativos às imagens cognitivas da mente. As conseqüências clínicas de abordarmos a experiência emocional dessa maneira são diretas e podem ser exemplificadas nos casos apresentados, nas melhoras surpreendentes em pacientes que tiveram seus cérebros emocionais ativados por técnicas como EMDR apresentam. Esses tratamentos buscam influenciar diretamente o cérebro emocional, influenciar diretamente o corpo emocionado. O trabalho de entendimento cognitivo do paciente é realizado em paralelo, e desse entendimento não depende a melhora do paciente que sofre com feridas emocionais. Não apenas a melhora não depende do entendimento cognitivo, como esse “entendimento” (ou “des-entendimento”) do paciente do que lhe acontece, se ocorrer precocemente, pode gerar descrença na possibilidade sempre existente de mudar.

No caso citado antes, Letícia não sabia o porquê sofria; isso a ajudou a se abrir para uma cura rápida; se durante o tratamento a descoberta de que a morte de sua avó estava relacionada ao seu sofrimento tivesse sido tratada como uma coisa muito significativa e como a “explicação” do caso, provavelmente seu problema teria se cronificado, pois agora *teria uma justificativa para seu sofrimento*.

Já no caso de Graça, ela não aceitou a intervenção diretamente emocional, pois “sabia” que nada podia mudar o assassinato de seu filho. Apenas após a rápida e até certo ponto desconcertante melhora de suas dores físicas com a acupuntura, ela pode se abrir para o fato de que havia possibilidades em seu organismo que ela desconhecia. É sempre um momento ideal, quando uma pessoa melhora rapidamente de um sofrimento com um método natural e endógeno, para pontuar e conversar a respeito das capacidades de cura que nosso organismo dispõe, como cicatrização, imunidade, neuroplasticidade, alteração hormonal, etc. Sempre convido o paciente a refletir sobre o fato de que o efeito que ele sentiu foi provocado por seu próprio organismo e eu apenas me comuniquei com ele (com uma agulha, por exemplo) e que

muito mais ele pode descobrir sobre si mesmo que irá auxiliá-lo na busca pela saúde.

O cérebro emocional (sistema límbico, fundamentalmente) está diretamente ligado às citocinas (mediadores da inflamação), à produção hormonal e ao sistema imune (pelo eixo hipotálamo-pituitário, e pela estimulação de células NK - *natural killers*) (cf. Moreira, 2003). São muitos os estudos que estabelecem essa relação recíproca entre imunidade e sistema nervoso. E a imunidade está diretamente relacionada não só com a resistência a infecções como também ao mecanismo de controle do câncer e na gênese das doenças auto-imunes. Para o leitor que não trabalha ou estuda diretamente a área de saúde, é interessante explicarmos essa relação entre o câncer e a imunidade: o câncer nasce de uma alteração no código genético de uma célula que se multiplica desordenadamente, esse fenômeno **não é**, no entanto, incomum em nosso organismo: muitas células saem de sua ordem; o nosso sistema imune, no entanto, identifica essas alterações a tempo e as elimina, antes que elas se multipliquem demais. No câncer essa eliminação não ocorre no prazo, daí a relação com uma ineficácia do sistema imune (cf. Murray, 2005).

Física quântica e a ciência na consciência

Outra explicação que está crescendo lentamente nos meios científicos para a relação entre a consciência, a mente e o organismo, vem a partir da visão de mundo elaborada a partir das descobertas dos experimentos da física quântica. O clínico convencional irá, provavelmente, estranhar esta linha de explicação, porém, crescem em número estudos bem elaborados que desconcertam a maneira como habitualmente vemos a relação de nossa consciência com o mundo físico.

Estamos vendo nascer uma nova visão de mundo. Nela há relação da consciência com o mundo material, pois esse, em sua maior intimidade, é composto de probabilidades de manifestação e informação que não chegam a ser onda ou partícula (matéria ou energia), mas uma possibilidade de ser uma ou outra, dependendo do avaliador. O tempo também é visto de

uma maneira radicalmente diferente, não é linear, comprime-se, ou acelera, dependendo da velocidade do observador, e não há razão física para termos mais acesso aparentemente tão diferente aos acontecimentos do passado e do futuro (cf. Dossey, 1982).

É um tema muito vasto e uma mudança grande, envolvendo como aprendemos a ver o mundo ao nosso redor; por isso, podemos apenas introduzir o tema, que é de importância primeira se pretendemos fazer uma medicina que acompanhe o desenvolvimento das ciências. A ciência não pára no tempo; e é por isso que não podemos nos basear apenas em idéias científicas que já há muito tempo estão superadas em sua matriz e tempo de origem (tanto em ciências naturais como em humanas).

A visão da física quântica sobre a inter-relação da matéria-energia e da consciência, da transferência de informação não-local (sem necessidade de tempo decorrido ou de mediador para a passagem de informação entre dois elétrons, por exemplo) é fundamentada em experimentos de física e em um grande esforço científico internacional. No entanto, guarda inegáveis semelhanças com a visão que os místicos, contemplativos e meditantes têm descrito há séculos (interconexão de todos os seres e da natureza, emoções como causa de desequilíbrios físicos, energia como origem da matéria, etc.), elementos estes que foram incorporadas às medicinas tradicionais. Precisamos todos realizar o exercício constante de manter nossas mentes abertas para podermos conceber, como está sendo demonstrado, que as técnicas mente-corpo (meditação, hipnose, imaginação guiada e outras, devidamente utilizadas) possam influenciar a realidade física não só por vias metabólicas ligadas ao cérebro, mas também diretamente, na intimidade da composição subatômica da matéria e da energia (cf. Goswami, 2007).

Uma poderosa evidência na escala humana (os estudos nessa área são quase todos com partículas subatômicas) de que nossos cérebros estão conectados de maneira não-local, como sugere a física quântica, é o experimento controlado que Grinberg-Zylberbaum realizou, no qual foi demonstrada a concordância dos potenciais evocados (que é um tipo específico de padrão de ondas cerebrais) de duas pessoas que tinham a intenção de se comunicar apesar de estarem em gaiolas de Faraday (aparelhos que impedem

a emissão de ondas eletromagnéticas). Em outras palavras, duas pessoas meditaram juntas com a intenção de estabelecerem comunicação entre si e depois foram separadas e colocadas, com suas ondas cerebrais monitoradas, em gaiolas que não permitem a passagem de nenhuma onda eletromagnética. Quando uma pessoa foi exposta a luzes piscando, a outra pessoa, em 70% de eventos, apresentou disparos em seu cérebro. No grupo controle (no qual as pessoas apesar de estar em gaiolas isoladas e expostas à mesma luz, não tinham a intenção de se comunicarem) não houve qualquer concordância, zero por cento. Pensemos um pouco sobre o que significa o resultado desse experimento, o qual já foi replicado duas vezes por outros dois laboratórios. Se não foi emitido qualquer sinal eletromagnético de um sujeito para o outro (pois a gaiola de Faraday não permite) a comunicação ocorreu sem emissão de sinal; portanto, há uma ligação entre os dois sujeitos fora da dimensão do espaço-tempo (ligação não-local) (cf. Grimberg-Zylberbaum, 1987). Muitas pesquisas precisam ainda ser feitas, e com variantes, para que este tipo de visão seja plenamente incorporado à nossa ciência e à nossa medicina. Temos, porém, evidências suficientes para elaborar pesquisas, utilizar técnicas de baixo risco e enriquecer técnicas já consagradas com essa forma de conceber e utilizar nossa interconexão.

Tempo e Condicionamento

Pavlov, em um experimento clássico de 1950, demonstrou que ao tocar um sino diversas vezes antes de servir comida a cachorros, os cães eram condicionados a salivar ao toque do sino mesmo sem o alimento. Até esse experimento, a salivação era considerada uma função involuntária, e Pavlov demonstrou que ela poderia ser condicionada. A salivação, assim como diversas funções, como as gastro-intestinais e cardíacas, é controlada pelo sistema nervoso autônomo e pode ser modulada. Pela repetição da reação cria-se o hábito, ou o “padrão de resposta”. Lembre-se que o ritmo cardíaco, a pressão arterial, a secreção de ácido gástrico, a movimentação intestinal e o tônus muscular são todos controlados da mesma maneira que a salivação,

e imagine quantas funções podem ser prejudicadas ou potencializadas dependendo da maneira que nos condicionamos (cf. Goleman, 1997).

Reagimos aos nossos conceitos e imagens mentais mais ou menos do modo que o cão reagia ao sino. Não reagimos ao objeto em si, *mas a uma representação dele*. Essa é a base da terapia por *Imaginação Guiada*; nela o terapeuta propõe imagens e sugere que o cliente crie suas próprias imagens, provocando assim reações no organismo. A partir dessa experiência básica se pode re-programar, com a repetição dos exercícios, hábitos de reação doentios por hábitos que fortaleçam a saúde e tragam bem-estar e flexibilidade mental. A seguir, está um pequeno exercício que você pode fazer, de modo calmo, em ambiente silencioso, de olhos fechados, pedindo a alguém que leia o texto lentamente (ou gravar sua própria voz) enquanto você faz o exercício. Este exercício foi criado para demonstrar a relação entre as imagens mentais e os sistemas fisiológicos.

Você está de pé na cozinha, em frente a uma tábua de corte. Ao lado da tábua há uma boa faca, bem afiada. Durante alguns minutos, imagine a cozinha: a cor das bancadas, os eletrodomésticos, os armários, as janelas etc. Observe também os sons e os odores da cozinha - o ruído da geladeira. Agora imagine que sobre a tábua há um limão grande, verde e suculento. Segure mentalmente o limão com uma das mãos, sentindo seu peso e textura. Em seguida coloque-o novamente na tábua e corte-o cuidadosamente ao meio. Sinta a resistência da faca e como tal resistência diminui à medida que o limão se parte em duas metades. Observe o amarelo pálido da polpa, a brancura da camada interior, veja se também cortou um ou dois caroços. Cuidadosamente corte uma das metades ao meio. Observe uma ou duas gotas de suco na superfície de um dos pedaços. Imagine-se levando um pedaço até a boca, sentido o aroma fresco e acentuado. Agora, morda a polpa ácida e suculenta (Goleman, 1997)

A maior parte das pessoas (quando se concentra no exercício com seriedade) saliva nesse ponto. O que demonstra por experiência pessoal que as imagens mentais podem condicionar as “funções involuntárias” do corpo, mas não é só isso: outras funções também podem ser condicionadas (cf. Epstein, 1989).

Em 1974, Robert Ader, quase que por acidente, descobriu que, ao dar uma bebida açucarada e, logo após, uma droga (cilofosfamida) a ratos, eles reagem com baixa da imunidade à droga e adoeciam. O que impressiona, no entanto, é que os ratos continuavam a apresentar baixa de imunidade se voltassem a receber a bebida açucarada mesmo sem a substância. Lembrem-se os leitores que o sistema imunológico é, na maior parte, realizado pelo comportamento celular, reconhecendo o que é estranho ao corpo e reagindo a isso, sem necessidade de comunicar-se como o sistema nervoso central. Era assim que se acreditava (e muitos ainda acreditam) que o sistema imunológico funciona. Os experimentos de Ader e seu colega imunologista Cohen demonstraram que o sistema imune também pode ser condicionado demonstrando a inter-relação psico-neuro-imunológica. Novamente, isso foi surpresa para os pesquisadores que acreditavam que apesar do poder do condicionamento de modular o sistema nervoso autônomo não poderia modular o comportamento celular. Pesquisas sobre a relação de estresse e baixa imunidade foram repetidas milhares de vezes com animais e humanos.

Controle da sensibilidade dolorosa também pode ser conseguido por técnicas mente-corpo. Experimentos de hipnose demonstram facilmente que a anestesia e o controle da dor podem ser alcançados sugerindo que a pessoa se concentre em uma situação prazerosa imaginária (seu corpo reage a essa imagem e não à transfixação da pele por uma agulha, por exemplo). Também é fácil sugestionar uma pessoa a sentir uma dor que antes ela não sentia. Outra técnica que apresenta importante efeito na maneira como uma pessoa reage à dor é a meditação. Estudos demonstram a eficácia da meditação no controle da dor crônica.

Essas evidências, relacionadas ao paralelismo entre a mente e o corpo (sistema nervoso, cortical, autônomo e da dor e da imunidade) nos leva a pensar com seriedade de que maneira as pessoas se condicionam influenciados pela mídia, pelas instituições e por outras pessoas. Muitas e muitas pessoas poderiam melhorar os resultados dos tratamentos médicos se aprendessem a estar atentas a suas reações, e se soubessem como escolher os hábitos de reação saudáveis e evitar os que trazem sofrimento a médio e longo prazo.

Tempo e Saúde

As pessoas se acostumaram ao “tempo do relógio”, treinaram-se a olhar o relógio e a sentirem-se apressadas. Se os ponteiros indicarem meio-dia, uma pessoa pode ter se condicionado a sentir fome e salivar ou outra pode ter se condicionado a enjoar, ou ainda, outra pode ter se condicionado a se apressar (disparar o coração) ao ver os ponteiros na hora que costuma pegar a filha na escola - enfrentando o intenso trânsito das grandes cidades.

Dowsey deu uma contribuição interessante ao descrever nosso condicionamento ao “tempo mecânico”. Embora saibamos, através da física, que o tempo real não é linear como um relógio, mas uma dimensão do espaço e da velocidade, as pessoas, no entanto, percebem o tempo como linear e, cada vez que olham o relógio, por terem olhado o relógio tantas vezes e se apressado, aceleram os ritmos biológicos (cf. Dowsey, 1982). Não só o funcionamento do coração e dos intestinos, mas também as emoções estão intimamente ligadas aos ciclos rítmicos do corpo.

A serotonina, neurotransmissor cujo desequilíbrio é mais associado à representação física da depressão e da enxaqueca, está em balanço direto com a melatonina. A melatonina, por sua vez, está associada ao ciclo circadiano (ritmo biológico de um dia). A melatonina está também associada à percepção de luz, e por isso seu desequilíbrio é provocado pela luz intensa ao avançar da noite (como a emitida pela televisão) - desrespeito ao ciclo natural de claro e escuro do planeta, fato tão comum hoje em dia (cf. Feldman, 2003). Concordo plenamente com Dowsey quando diz que as grandes doenças da modernidade (depressão, enxaqueca, síndrome do pânico, taquicardia, insônia, hipertensão) estão todas diretamente associadas a como vivenciamos o tempo na sociedade atual.

Meditação

Finalizaremos esse texto descrevendo aspectos da prática da meditação. Optamos por discorrer de forma mais prolongada o tópico da meditação

ao invés de aprofundar outras técnicas da abordagem mente-corpo. Muitos podem se surpreender com a idéia de que ficar com medo ou raiva frente a uma dada situação seja fruto de uma *escolha* da qual não nos apercebemos, e não simplesmente do fato objetivo externo. Tal qual a salivação, a imunidade e os ritmos corporais, nossas reações, também podem ser moduladas conscientemente, com amplas conseqüências em como administramos os elementos “estressores” (cf. Grossman, 2004).

Nossas determinações culturais, ou mesmo o *status quo*, são tão poderosas que criam em nós a idéia de “normal”, mesmo que essa normalidade seja um estado de neurose histriônica ou “**normose**” (cf. Weil, 2003). É considerado “normal”, por exemplo, sentir raiva de seu companheiro de trabalho se ele te critica publicamente ou ter raiva de alguém que “nos fecha” com o carro no trânsito. Embora seja difícil perceber - sem a prática da meditação - essa avalanche de emoções interna acontecendo, ela é conseqüência de nossas escolhas cotidianas e diz respeito à nossa responsabilidade. Segundo os especialistas em meditação, e o próprio bom senso, o desejo de revidar é apenas uma reação infrutífera que acirra o problema (cf. Hanh, 2003). Vamos a um exemplo.

A equipe de trabalho Y era bem intencionada em promover mudanças sociais benéficas, mas repetidamente presenciava agressões entre seus membros. Mesmo sendo “fraternos” e “bem intencionados”, posicionamentos fortes e opositivos geravam nas pessoas descargas adrenérgicas (o coração se acelera) e reações despercebidas de corpo e mente, seguidas de flutuações emocionais intensas, como irritação, impaciência, ressentimento e mesmo animação excessiva. Aos poucos, isso se tornou um hábito, até que apenas ouvir falar de alguém do grupo ou pensar em se encontrar com tal pessoa despertava a resposta adrenérgica que pode facilmente ser interpretada como irritação. Associações mentais podem procurar justificar essa irritação culpabilizando os outros. Daí o fato das pessoas brigarem “por nada”. É essencialmente uma questão da emergência de um elemento/processo “estressor”. Felizmente essa equipe tinha recursos internos suficientes para tomar uma atitude antes de se separarem. Decidiram então por um novo contrato de convivência que não aceitava qualquer tipo de agressão. Se

alguém do grupo escorregasse, por hábito, todos deixariam o trabalho que estavam fazendo e encerrariam a reunião. As pessoas se obrigaram assim a aprender a expressar seus posicionamentos de forma gentil sem, no entanto, por isso cederem sua posição sem argumentação e consenso do grupo.

Podemos neste ponto entender que opinamos sobre nossa experiência e escolhemos, em consequência, nossa saúde e bem-estar (físico, emocional, mental, individual, interpessoal e coletivo). Se a maneira pela qual percebo todos os fenômenos, até mesmo meu corpo, dependem de condicionamento cognitivo e emocional, como posso escolher quais condicionamentos quero manter e quais são danosos? Como podemos “desprogramar” essas reações que sentimos como sendo automáticas? Essa é a pergunta que a meditação responde: podemos, com a prática e constância, nos familiarizar com outra forma de ser.

Um primeiro conselho para iniciar no caminho da meditação é: fique parado. Pare de se mover por alguns minutos, não como quem está preso, mas como uma expressão de liberdade. Liberdade dos impulsos habituais. Estabeleça uma postura de dignidade despreocupada e apenas observe o que acontece momento a momento. Acompanhe, por exemplo, o movimento da própria respiração sem interferir em seu curso espontâneo.

No início, sua percepção dos fenômenos será pelas lentes de seu condicionamento anterior. Você será provavelmente levado a uma série de pensamentos em associação e a um estado de entorpecimento, algo como um sonho acordado. Quando perceber que isso aconteceu, apenas volte a sua intenção inicial que, dependendo da meditação, pode ser voltar à atenção para a respiração ou para o que acontece momento a momento. É muito importante aprender a apenas retornar sem se deixar prender em autocrítica por ter perdido a atenção. Retornar de novo e de novo, “trazer a mente para casa”.

A descrição acima é apenas ilustrativa e será útil, provavelmente, às pessoas que já praticaram meditação. A maioria das pessoas necessitará da orientação de um professor competente. A função do professor, nessa perspectiva, é ensinar as ferramentas e como aplicá-las em nossa própria experiência (cf. Dalai Lama, 2003). Um bom professor pode oferecer sugestões de como superar obstáculos. É, no entanto, responsabilidade do próprio praticante a aplicação das ferramentas em sua própria mente, num certo sentido, assumir a responsabilidade de ser seu próprio terapeuta. Há bons livros que ensinam meditação de maneira detalhada e o leitor interessado encontrará algumas indicações na bibliografia. Viver a vida conscientemente procurando estar presente em cada situação é viver com intensidade e simplicidade. Meditar e dispor a mente a estar presente, atenta ao que acontece, é exercitar a atitude mental a ser sempre um aprendiz, aberto ao novo e vivo em cada momento.

Raiva

Quando sentimos raiva, devemos cuidar para que a mente não se ocupe em procurar justificar a raiva. Tendemos, por nosso condicionamento, a procurar nos justificar; e procuramos alguém para acusar. Por estarmos familiarizados com a prática da meditação, no entanto, podemos focar a atenção na respiração e passivamente deixar o fluxo mental de acusações ir embora. Acalmamos-nos e estabilizamos nossa fisiologia (evitando os malefícios cardiovasculares da raiva) (cf. Goleman, 1997).

O leitor pode, assim, entender como a simples habilidade de manter a atenção na respiração permite “um pouco de espaço”, permite que a mente não reaja de modo habitual. Evitar reagir automaticamente permite olhar para a situação de uma maneira mais ampla. Estando com raiva, a pessoa olha de modo deformado. Essa ilustração sobre a raiva é um exemplo de como a prática da atenção plena pode ser importante na maneira que as pessoas lidam com as emoções perturbadoras.

Essa mudança de atitude não faz com que a raiva imediatamente desapareça. Tich Naht Hanh nos dá uma metáfora muito simples e brilhante:

“a raiva é como um ventilador, quando desligamos o ventilador ele não pára imediatamente, precisa esperar pacientemente que ele pare...” (Hanh, 2003)

Lidar com as emoções perturbadoras, vez após vez, abrindo espaço para a criatividade, gera um hábito saudável de se observar e de ser senhor do que acontece com a própria mente. O simples ato de treinar para estar presente, observando a respiração (inspiração, pausa, expiração, pausa) pode, assim, não somente beneficiar nossa fisiologia, mas nos abrir para maneiras novas e criativas de lidar com nossas emoções.

Preocupação

Observo que, na imensa variedade de pessoas que me procuram como clínico geral em comunidade, o comportamento mental mais reconhecido como causa de estresse e diminuição na qualidade de vida é a preocupação. A preocupação é o que o nome indica (pré-ocupação), a ocupação com algo por muito tempo antes que se possa executar alguma ação. A preocupação está diretamente ligada à ansiedade, que é a reação emocional e fisiológica ao ato de antever um acontecimento negativo no futuro (cf. Perls, 2002). As pessoas, no entanto, não percebem que estão reagindo fisiologicamente à sua imaginação.

É uma queixa muito freqüente de senhoras de meia-idade atribuir o motivo de sua insônia e depressão ao fato de o filho voltar para casa tarde da noite. Fica acordada em casa pensando: “o mundo está tão violento, espero que ele não tenha levado um tiro, espero que não tenha sido atropelado, etc.” Provoca, assim, imagens que disparam adrenalina e tensão muscular. Provoca, então, aceleração da respiração, dos batimentos cardíacos, suor frio nas mãos, etc. Ela, mesmo assim, não percebe que a causa de seu mal-estar não é a demora de seu filho em si (fato que ela sente que não tem como mudar), mas a maneira como ela reage mentalmente (com preocupação e ansiedade), o que afeta a sua saúde.

O estudo das emoções e hábitos mentais é um campo de importância fundamental para a medicina integrativa e para a cura efetiva das pessoas. As medicinas tradicionais dão muita importância às emoções; a medicina

tradicional chinesa, por exemplo, considera as emoções da raiva, preocupação, medo e tristeza, como as principais causas dos desequilíbrios, seja na gênese da doença, seja enfraquecendo o organismo - que pode ser facilmente invadido. A medicina tibetana nos apresenta com uma série de técnicas mentais (chamadas meditações e visualizações) que são como antídotos para as várias emoções perturbadoras. O antídoto da raiva, por exemplo, é o desenvolvimento da paciência e o entendimento que nada dura para sempre (impermanência de todo fenômeno composto - criado, dependente de nossa mente). Essas compreensões humanistas e claras da importância da mente deverão, cada vez mais, ser valorizadas por sua eficácia em um campo no qual as pílulas não podem ser a solução definitiva. Pesquisas integrando-as aos conhecimentos científicos ocidentais crescem em número e em eficiência.

Perspectivas futuras

A visão geral apresentada aqui pode oferecer um contexto para estudarmos mais de uma disciplina mente-corpo, integrando-as em nossa prática com coerência. Essas disciplinas (EMDR, PNL, Imaginação guiada, Meditação, Hipnose, para citar as mais conhecidas) têm seus contextos históricos próprios, seus autores e programas de treinamento. Deverão assim, por enquanto, continuar a ser estudadas separadamente. Com a sistematização da *medicina integrativa* em diversas universidades, com departamentos e centros de pesquisa dedicados especialmente a esse objetivo, as diversas técnicas mente-corpo vão sendo organizadas, e quando a integração estiver mais clara será possível oferecer programas educacionais que contemplem várias abordagens.

Bibliografia

ANTONOVSKY, A. *The salutogenic model as a theory to guide health promotion*. Oxford, **Health Promotion International**, Vol. 11, No. 1, 11-18, oxford university press, 1996.

BARRETO, Adalberto P. *Terapia comunitária passo a passo*. Fortaleza: Gráfica LCR, 2005.

BENSON, Hebert. *Medicina Espiritual*. RJ: Campus, 1998.

BISSON J. I. et al. *Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis*. **The British Journal of Psychiatry** (2007) 190: 97-104

DALAI LAMA. *Como praticar: um caminho para uma vida repleta de sentido*. RJ: Rocco, 2003.

DOSSEY, L. *Espaço, Tempo e Medicina*. SP: Editora Cultrix, 1982.

EPSTEIN, G. *Imagens que curam*. Campinas: Livro Pleno, 1989.

FELDMAN, A. *Enxaqueca: Finalmente uma saída*. SP: Arx, 2003.

FRANKL, V. E. *Em Busca de Sentido*. Petrópolis: Vozes, 1991.

GOLEMAN, D. *Equilíbrio Mente Corpo*. RJ: Campus, 1997.

GOSWAMI, Amit. *O médico quântico*. SP: Cultrix, 2004.

GOSWAMI, A. *Universo autoconsciente*. SP: Alephy, 2007

GRINBERG-ZYLBERBAUM J. *Patterns of interhemispheric correlation during human communication*, The International journal of neuroscience, 1987 36(1-2) 41-53. México City.

GROSSMAN, P. *Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis*. Journal of psychosomatic research, 57(1) 35-43, 2004.

HANH, T. N. *Aprendendo a lidar com a raiva*. SP: Sextante, 2003.

KABAT-ZINN, J., *Full Catastrophe Living*. NY: Delta, 2005.

MARTINS, P. H. *Contra a desumanização da medicina*. Petrópolis: Vozes, 2003.

MORAES, W. A. *As bases epistemológicas da medicina ampliada pela Antroposofia*. SP: Antroposófica, 2005.

MORAES, W. A. *Salutogênese e auto-cultivo*. RJ: Instituto Gaia, 2006.

MOREIRA S. M. *Psiconeuroimunologia*. RJ: Medsi, 2003.

MURRAY, M. BIRDSALL, T. et al. *Como prevenir e tratar o câncer com medicina natural*. RJ: Best Seller, 2005.

PERIBANEZ, Alberto Gonzales. *Lugar de médico é na cozinha*. RJ: Alaúde, 2006.

PELIZZOLI, M. L. (org). *Bioética como novo paradigma*. Petrópolis: Vozes. 2007

PELIZZOLI, M. L. (org.) *Os caminhos para a saúde – integração mente e corpo*. Petrópolis: Vozes, 2010.

PELIZZOLI, M.L. (org.) *Homo ecologicus*. Caxias do Sul: EDUCS, 2011.

PERLS, F. S. *Ego, fome e agressão*. SP: Summus, 2002.

ROGERS, C. R. *Tornar-se Pessoa*. SP: Martins fontes, 1981.

SANTOS, A. M. , ROGERS, C.R. *Quando fala o coração*. São Paulo: Vetor, 2004.

SERVAN-SCHREIBER, D. *Curar*. SP: Sá Editora, 2004.

SUZUKI, S. *Mente Zen, mente de principiante*. SP, Palas Atena, 1994.

WEIL P., LELOUP, J. CREMA, R. *Normose*. Campinas: Verus editora, 2003.

WEIL, A. *Envelhecer com saúde*. RJ: Rocco, 2006.

Reavaliando questões éticas quanto à prescrição médica não-convencional

Marcio Bontempo⁴⁵

“A medicina é uma profissão essencialmente dinâmica e, por essa característica, exige constantes atualizações de enfoque e normatizações”⁴⁶

Já não é mais admissível considerar antiética a prescrição de recursos diferentes dos medicamentos farmacêuticos e drogas. Primeiramente, é necessário entender que é um grave desrespeito ao profissional de saúde a limitação dos seus recursos terapêuticos a drogas e remédios convencionais. Há incontáveis situações clínicas que exigem muito mais do profissional do que a prescrição de medicamentos sintomáticos. Temos, por exemplo, síndromes de carência mineral que determinam quadros que só podem desaparecer completamente com reposição do elemento em falta; aí, o uso de drogas paliativas apenas piora o quadro, enganando tanto o médico quanto o paciente. Uma carência de zinco, por exemplo, pode determinar cefaléia, insônia, redução da libido, depressão, nervosismo, dores articulares, hipertrofia da próstata e muitos outros sinais e sintomas. Se não for pesquisada e conhecida essa carência de zinco, como fator determinante do quadro, aos pacientes em geral serão prescritos “remédios” meramente sintomáticos,

45 Veja: www.drmarciobontempo.com.br **Dr. Marcio Bontempo** é médico clínico geral, homeopata, especialista em saúde pública, membro da Associação Brasileira de Nutrologia, palestrante, consultor científico e autor até o momento de 51 obras que somadas chegam a mais de 1,2 milhão de exemplares vendidos. Presidente da Federação Brasileira de Medicina Tradicional, diretor do Núcleo de Saúde da União Planetária e diretor da ONG TerraBrasil!. Profissional da saúde há mais de 28 anos, realizou mais de 1.200 palestras e cursos sobre saúde pública e a medicina natural científica.

46 Paulo Eduardo Behrens, Conselheiro do Conselho Federal de Medicina.

como antidepressivos, analgésicos, eventualmente soníferos, eventualmente hormônios, anti-inflamatórios, redutores prostáticos e assim por diante.

Essa gama de medicamentos, no entanto, não atingirá a causa do problema, além de prejudicar ainda mais o quadro clínico, produzir interações medicamentosas, expor o paciente a dependências farmacológicas, cria grande confusão na vida do doente. Uma simples reposição adequada de zinco pode eliminar de uma só vez os problemas, barateando o custo do tratamento e permitindo conforto e bem-estar verdadeiros à pessoa. Portanto, um bom clínico saberá avaliar o quadro e considerar os fatores causadores da deficiência, ensinando o paciente a evitá-los, tais como o estresse, o alcoolismo, a má-absorção de nutrientes, o tratamento de doenças inflamatórias intestinais, síndromes diarreicas, sudorese excessiva, alimentação inadequada, e muitos outros.

Nesse caso, poderíamos considerar a prescrição de zinco e uma orientação de hábitos alimentares e de vida uma conduta insuficiente ou antiética, somente porque não foram prescritos os “remédios de praxe aceitos pela comunidade científica”? A superação deste preconceito é exatamente o espírito deste nosso pequeno texto: a busca de alternativas inteligentes para a prescrição médica, o convite aos profissionais para o aprendizado, raciocinando de modo mais amplo e sensato, indo melhor do efeito à causa.

Atitudes assim são de fato éticas, e significam legalmente o respeito ao Código de Ética Médica, como por exemplo o Art. 2º do mesmo Código que diz: *“O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.”*

Essa preocupação é ratificada pelo Art. 5º do Código que aconselha: *“O médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.”*

E assim, forçar o médico a prescrever drogas “conhecidas”, na verdade é infringir o Art. 8º do Código de Ética, que diz: *“O médico não pode, em qualquer circunstância, ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho.”*

Do mesmo modo, deveríamos nos preocupar profundamente com condutas apenas *aparentemente* médicas, fruto muitas vezes do desconhecimento, da falta de informação ou da acomodação do profissional, que o induz ao uso vicioso de medicamentos, como se eles pudessem resolver tudo ou ser a melhor opção. O aumento da incidência das doenças degenerativas e crônicas na humanidade – fato denunciado constantemente pela Organização Mundial de Saúde – é uma prova do contrário: com o uso apenas de medicamentos supressivos, que “abafam” as respostas do organismo a estímulos ambientais, estamos permitindo que os processos mórbidos agudos se cronifiquem e se incrustem no organismo dos seres humanos. Há um preço pago pela biomassa humana pelo uso de medicamentos que apenas eliminam sinais e sintomas, que é a redução da sua capacidade biológica e uma menor adaptação ao meio ambiente.

Diz-se que atualmente o ser humano vive mais; isso é verdadeiro, porém incompleto: vivemos mais apenas quantitativamente e não qualitativamente, ou, em outras palavras, podemos “arrastar” mais tempo um organismo com câncer, úlceras pépticas, infecções, além de novas doenças, mais do que no passado. Mas também seria interessante perguntar se as comunidades indígenas e outras tradicionais vivem mais e melhor agora do que no passado?

O próprio fato de que novos antibióticos, de espectro cada vez mais amplo devem ser criados, acaba com a esperança iniciada nos primórdios da teoria microbiana de que “eliminaríamos” os germes patogênicos do nosso cenário biológico. Ao contrário, as infecções hospitalares continuam a ser um tipo de “fantasma da ópera” para hospitais de todo o mundo, e além disso, a maior parte das infecções continuam a existir. Só no Brasil, continua a morrer um cidadão a cada 35 minutos, de tuberculose, apesar dos antibióticos potentes cujos fabricantes juram curar o mal.

Por conseguinte, sabendo-se que a humanidade hoje está mais doente e exposta que antes, e que o uso de medicamentos contribui para isso, ou seja, para um tipo de degeneração biológica racial, é dever do médico denunciar esses aspectos e, por continuidade, lutar contra os mesmos, em obediência, até mesmo ao Art. 13º do Código de Ética Médica, que diz: “O médico deve denunciar às autoridades competentes quaisquer formas de poluição ou deterioração do meio ambiente, prejudiciais à saúde e à vida”

Portanto, prescrever adequadamente, com consciência e conhecimento, além de aconselhar hábitos e costumes de fato naturais, trabalhando pelo restabelecimento da saúde do doente como um todo e não apenas combatendo sintomas, eis o *procedimento correto*, atendendo assim ao Art. 21º do Código de Ética Médica, que aponta que o médico deve: *“Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País”*. Certamente, precisaríamos aprofundar aí o que significa *“práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País”*, e até onde isso serve também para os medicamentos ou procedimentos não convencionais.

Os produtos mais naturais no mercado, na sua imensa maioria, recebem registro para comercialização pelo Ministério da Saúde, são controlados pelo serviço de Vigilância Sanitária, são facilmente encontrados e têm sido regularmente consumidos. Se não é nenhuma contravenção comprá-los e consumi-los, porque seria coibido ao médico prescrevê-los? E quem melhor senão médicos e profissionais de saúde para fazê-lo? Portanto, infere-se que, se são produtos cujo uso é legalizado, a sua utilização, indicação e prescrição são práticas reconhecidas oficialmente. Ou não?

Portanto, ao prescrevermos suplementos e até mesmo fitoterápicos, não se fere o Art. 124º do Código de Ética Médica, que diz ser proibido ao médico: *“Usar experimentalmente qualquer tipo de terapêutica, ainda não liberada para uso no país, sem a devida autorização dos órgãos competentes e sem consentimento do paciente ou de seu responsável legal, devidamente informados da situação e das possíveis consequências”*.

Mesmo sabendo-se que a legislação atual sobre o registro, comércio e prescrição de vitaminas, nutrientes, suplementos, minerais, enzimas, fitoterápicos, etc, ainda é indefinida, que está ainda em fase de aperfeiçoamento e em constantes mudanças, com dezenas de portarias e resoluções, inclusive umas substituindo outras, isso só prova que não se infringe nenhuma norma aos prescrevê-los, pois as normas e leis existem. Por isso, é respeitado pois, sem forçar a interpretação da lei, o Art. 133º do mesmo código que proíbe ao médico: *“Divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido por órgão competente.”*

Nesse caso, ao prescrever os produtos em questão não estaríamos “divulgando-os”, como se procura caracterizar a ação. E ratificando, se um órgão do governo faz exigências para registrar um produto assim e se a empresa cumpre essas exigências e consegue o seu intento, esse produto é “expressamente reconhecido por órgão competente”.

O Art. 24º aponta ainda que o paciente ou seu responsável legal dever ser “*devidamente informado da situação e das possíveis conseqüências*” da terapêutica. Nesse aspecto, parece ser a preocupação de todo profissional gabaritado, explicar ao paciente as razões da prescrição de suplementos e produtos não convencionais; no entanto, esse trabalho não é difícil, pois sentimos que os pacientes denotam simpatia pelo método, pois, como já vimos anteriormente, ele não oferece os mesmos perigos que a terapêutica e medicamentos comuns. Infelizmente, esse trecho do artigo 24, no entanto, é dificilmente respeitado pelos médicos alopatas comuns quando não explicam – e muitas vezes desconhecem – todos os prováveis efeitos colaterais ou adversos dos medicamentos comuns.

E se atualmente é cada vez mais comum que clientes solicitem prescrições de suplementos ou fitoterápicos, e se esses produtos estão legalizados e disponíveis no comércio, não atender a essas solicitações é – aí sim, infringir o Art. 56º do Código de Ética Médica: “*Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas...*”

Neste sentido, fica evidente a necessidade de reavaliar as questões éticas de fundo quanto à prescrição médica não convencional, colocando as coisas nos seus devidos lugares, convidando os procedimentos convencionais e alopáticos a um diálogo e reflexão mais séria e integrada aos novos e melhores procedimentos.

Bibliografia

Código de Ética Médica. Resolução CFM 1.246/88 de 08/01/88
(D.O.U. 26/01/08).

ANEXOS

O estilo de vida e a alimentação como geradores de doença ou de saúde - alerta e recomendações⁴⁷

Neste alerta, partilhamos com você alguns cuidados básicos com a alimentação e a saúde contemporâneas, as quais estão ligadas direta ou indiretamente ao aumento assustador de doenças e mortes prematuras⁴⁸. Além do fumo e do álcool - drogas já amplamente pesquisadas em seus males infindáveis para a saúde mental e física, social e ambiental, - há uma gama de outros produtos que são difundidos e apoiados pelas indústrias, pelo comércio e pela mídia, os quais lucram com a doença. Tais produtos são mantidos no mercado a um alto custo social e econômico, poderes escusos, poder político, à revelia da saúde integral da população e do ambiente. Nesse sentido, as terapêuticas naturais e complementares têm alguns pontos quase consensuais sobre o que deve ser evitado e o que deve ser preferido. Entre eles, apenas são citados alguns para que o leitor saiba o que está cada vez mais sendo desmascarado e posto em questão. No final deste capítulo, você encontrará endereços de *internet* que contêm informações mais precisas sobre esse assunto.

O que você deve necessariamente EVITAR ingerir

- **Açúcar branco:** (Use mel ou melaço)

47 Compilado por Marcelo Pelizzoli com assessoria de médicos pesquisadores: Júlio Barreto Lins e outros citados.

48 Saiba o leitor que estamos vivendo uma epidemia de doenças pelo mundo devido ao estilo de vida atual. Nos EUA, como referência, são 1,3 milhões de casos de câncer e 500 mil óbitos por ano! cf. <http://www.preventcancer.com/> Uma em cada 6 pessoas nos EUA terá câncer ! <http://www.healthycommunications.com> Neste artigo e nos materiais que indicados é possível saber o porquê.

- **Adoçantes:** Aspartame, acesulfame, sacarina, ciclamato, sorbitol (Use stévia natural ou frutose)
- **Aditivos químicos alimentares:** (evite ao máximo, fuja deles ao máximo lendo as embalagens e buscando informações)⁴⁹
- **Alimentos cozidos/gordurosos:** (prefira as gorduras vegetais de castanhas, côco, dendê, abacate, etc. Use pelo menos 50% de sua alimentação CRUA !)
- **Carnes vermelhas e frango:** (use proteínas vegetais, ovos “caipira” ou peixe do mar)
- **Doces e salgados empacotados:** (São cada vez mais quimificados, artificiais. Use frutas e doces naturais em variedade)
- **Farinha refinada e arroz branco:** (Use sempre integral. Bem melhor: use grãos germinados em preparados crus)
- **Leite e queijos:** (Os leites UHT são os piores, processados e precários. Prefira leite da terra⁵⁰, de soja, kefir e tofú)
- **Margarinas** (verdadeira bomba química, com uso de gordura *trans* e também transgênicos)
- **Plásticos e alumínio:** Evite ao máximo seu uso em alimentos. Micro-ondas, raspar fundos de potes, potes com alimentos congelados (quanto a isso veja o sítio da internet: www.nossofuturoroubado.com.br). Os efeitos dos plásticos são um caso de saúde pública e ambiental sério.
- **Refrigerantes:** use suco natural feito na hora. Misture sucos com água gaseificada.
- **Inseticidas:** use substitutos naturais, ecológicos ou proteções criativas.
- **Produtos de higiene e limpeza:** use os que contiverem menos aditivos químicos, os fitoterápicos, tradicionais, o mais natural possível.

49 Nos sítios de internet, no final, você encontrará uma lista com mais de 500 aditivos químicos danosos à saúde! Cf. tb. <http://www.healthy-communications.com/epsteinspage.html> e www.newaystohealth.com/harmful

50 Leite da terra ou vegetal, suco verde, suco de luz, é altamente nutritivo e curativo, feito em casa com verduras, brotos e frutas. Veja os sítios de internet e livros citados, entre eles, “Lugar de médico é na cozinha”, de Alberto P. Gonzales.

Quem é o grande médico ?

Medicare, lembra meditar, meditar sobre o que fazemos com nosso corpo, nossa mente, nossas relações, enfim, nossa vida. Agindo assim, entramos no âmbito do cuidar e da vitalidade. Cura, em nossa língua, também serve para dizer “à cura de...”, ou seja, aos cuidados de alguém. *Hospital*, vem da mesma raiz de onde vem hospedar, e hotel; daí a bela palavra “hospitalidade”. É acolher alguém à sua cura, aos seus cuidados. Definitivamente, não há melhor médico e hospital do que nossa própria condução de vida, nosso próprio cuidado, o *cuidado de si*, que na verdade envolve o cuidado mútuo, os outros e certamente o ambiente natural/artificial onde se vive. Neste sentido, aqui vão pontos básicos para esse cuidado, de caráter geral e praticamente consagrado em saúde, pelos quais poderemos depender bem menos de médicos e hospitais convencionais - na grande maioria dentro do modelo que questionamos nesta obra. Isso é compilado a partir do contato com modelos de sabedoria milenares, cotejados com saberes científicos contemporâneos.

Não entraremos aqui na gama de possibilidades das medicinas não-convencionais, visto que são identificadas hoje mais de 150 terapias alternativas em uso, e dentre elas citamos algumas mais conhecidas:

MEDICINAS “NATURAIS” de referência

ACUPUNTURA, ANÁLISE TRANSACIONAL, AROMA-TERAPIA, ARGILOTERAPIA, ARTE-TERAPIA, AYURVEDA (MEDICINA INDIANA), BIO-FEEDBACK, BIOENERGÉTICA, CONSTELAÇÕES FAMILIARES, CRUDIVORISMO (ALIMENTAÇÃO CRUA), HIDROTERAPIA, CROMOTERAPIA/CROMOPUNTURA, CÓLON-HIDRO-TERAPIA, DANÇA-TERAPIA, FITOTERAPIA, FLORAIS DE BACH, HOMEOPATIA, INTEGRAÇÃO NEURO EMOCIONAL (NEI), IRIDOLOGIA, JEJUM TERAPÊUTICO, KINESIOLOGIA, MACROBIÓTICA, MASSAGEM CALIFORNIANA, MAGNETOTERAPIA, MEDICINA ANTIENVELHECIMENTO, MEDICINA ANTROPOSÓFICA, MEDICINA CHINESA, MEDICINA ORTOMOLECULAR, MEDICINA TIBETANA, MEDICINAS INDÍGENAS, MEDITAÇÃO, MUSICOTERAPIA, MÉTODO FELDENKRAIS, MÉTODO ZILGREI, NATUROPATIA (AMPLO),

OSTEOPATIA, OXIGÊNIO TERAPIA, PNL (E EMDR, EFT), PRANIC HEALING, REFLEXOLOGIA, REIKI, ROLFING, SHIATSU, TAI CHI CHUAN, TERAPIA CRÂNIO-SACRAL, TERAPIA DE KNEIPP, TERAPIA DO RESPIRO/REBIRTING, TERAPIA DOS MERIDIANOS, TOUCH FOR HEALTH, UNIBIÓTICA (PROBIÓTICA), YOGA (VÁRIOS TIPOS)...⁵¹

MEDICINA INTEGRATIVA⁵²

A *medicina integrativa* enxerga a doença como um desvio da fisiologia normal, do comportamento humano original e da noção de sua origem cósmica. Os diagnósticos são estabelecidos com base na história clínica, no exame físico e complementar, e em outras formas mais acessíveis da medicina convencional. Ao paciente é ensinado o caminho de volta, de forma que ele próprio se conduza ao estado de saúde original, através do restabelecimento da fisiologia normal e das rotas metabólicas abandonadas, com a orientação de terapias alternativas e convencionais.

Princípios da medicina integrativa:

- Estabelecimento de uma relação de parceria entre o paciente e o praticante no processo de cura.
- Uso apropriado de métodos convencionais e alternativos para facilitar a resposta inata de cura do corpo
- Consideração de todos os fatores que influenciam a saúde, o bem-estar e a doença, incluindo a mente, o espírito e a comunidade, assim como o corpo.
- Uma filosofia de trabalho que não rejeita a medicina convencional, nem aceita a medicina alternativa sem uma visão crítica.

51 Com tantas terapêuticas consagradas, antigas, eficazes, naturais, o leitor deve estar se perguntando: por que temos um mundo tão doente ? Por que nossa medicina ocidental é tão precária ? Por que a avalanche de doentes crônicos ? Esta é uma ótima e estimulante pergunta, desde que sigamos adiante e abramos os olhos para o que se oculta.

52 Cf. Gonzales, Peribanez, *Lugar de médico é na cozinha*. Ed. Univ. Estácio de Sá, 2006, p. 69 ss.

- Reconhecimento de que a prática médica apropriada deve estar baseada em boa ciência, dirigida e aberta a novos paradigmas.
- Uso de intervenções naturais e pouco invasivas, sempre que possível.
- Conceito, mais amplo possível, na promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças.
- O praticante deve ser modelo de saúde e cura, comprometido com o processo de autoexploração e autodesenvolvimento.

O projeto de investigação Oficina de Alimentos Funcionais, dirigida pelo Dr. Alberto Peribanez Gonzales, estuda a resolutibilidade de práticas de alimentação e higiene para a saúde da família no âmbito culinário e aborda o tema em seus vários aspectos:

a)sociocultural, b)clínico, c)bioquímico, d)avaliativo, e)educativo. Sobre isso consulte o *site* www.oficinadasemente.com.br. Tal projeto apresenta a medicina integrativa em três fases:

1. Reconexão com a natureza: alimentação funcional, água estruturada, luz solar, ar fresco, atividade física e lúdica, sono e descanso, harmonia emocional e mental.
2. Reconexão espiritual: leitura de textos de sabedoria, abertura para o amor, reencontro do poder superior, exercício da paz, reabilitação profissional e vocacional, percepção do eterno.
3. Resgate de relações pacíficas: com o próprio corpo, com a mente, com a família, com a comunidade, com a natureza, com Deus.

Preceitos para ficar doente⁵³

53 Do livro “Cura espiritual e imortalidade”, de Patrick Drouot, Ed. Record, citando o cirurgião Bernard Siegel (p. 124-127).

1. Não preste atenção a seu corpo. Coma alimentos ruins. Beba álcool frequentemente. Tome drogas. Tenha grande atividade sexual com muitos parceiros e, acima de tudo, sinta-se culpado. Se você está superestressado e cansado, ignore e vá além de suas últimas restrições.
2. Cultive a experiência de vida como se fosse sem objetivo e sem valor.
3. Faça as coisas que você não gosta de fazer e evite fazer as que você tem vontade de fazer. Siga as opiniões e os conselhos dos outros, vendo-se a si mesmo como miserável e inútil.
4. Seja rancoroso e supercrítico, especialmente para consigo mesmo.
5. Encha seu espírito com imagens terríveis e em seguida seja obcecado por elas. Fique preocupado, senão todo o tempo, pelo menos a maior parte do tempo. Evite as relações íntimas, profundas com os outros.
6. Censure os outros por todos os seus problemas.
7. Não exprima seus sentimentos e opiniões honestamente e de maneira aberta. As outras pessoas poderiam não gostar. Se é possível, sobretudo, não tente conhecer o que são seus sentimentos profundos.
8. Varra do seu espírito tudo o que tem traço de humor. A vida não é uma brincadeira!
9. Evite fazer mudanças que poderiam trazer-lhe satisfações maiores e alegrias em sua vida.
10. Não cultive a serenidade, a amizade e o Amor.

Combinação alimentar⁵⁴

O corpo humano não se propõe a digerir facilmente mais do que um alimento concentrado no estômago ao mesmo tempo. Qualquer alimento que não seja fruta ou verdura é concentrado. No estômago, a proteína concentrada exige um suco digestivo especial para decompô-la, um suco ácido, enquanto um alimento concentrado em amido necessita de um suco digestivo não ácido, mas alcalino. Quando misturamos proteína e amido

⁵⁴ Do livro: *Dieta sem fome*, de Harvey e Marilyn Diamond.. Ed. Record, 2003 (9a. ed.).

concentrados, o suco gástrico para decompô-los é neutralizado, requerendo mais sucos digestivos, mais energia e mais tempo para digestão no estômago, que por fim são causadores de azia ou dispepsia. Por conseguinte, o alimento que foi inadequadamente digerido, é removido do estômago pela ação peristáltica dos intestinos, onde “viaja” uns nove metros. Por isso ficamos cansados depois de uma refeição como esta e sem energia. Assim, o alimento que levaria três horas no estômago, demora oito horas para sair e de vinte a quarenta horas a mais para atravessar o intestino. Quando há uma combinação natural de proteína e amido num mesmo alimento, como ocorre nos feijões, esse alimento deve ser ingerido sozinho e moderadamente e mesmo assim, sua digestão é difícil. A combinação de dois tipos de proteínas diferentes não é aconselhável, devido à complexidade da sua composição. São entendidas como diferentes proteínas: laticínios, ovos, nozes. A gordura retarda a digestão da proteína; é melhor não comê-la com qualquer proteína. Portanto, pode-se combinar gordura com carboidratos; como por exemplo: pão integral com pasta de abacate. A combinação entre dois alimentos ricos em amido é aceitável, não sendo tão prejudicial quanto das proteínas, embora seja melhor comê-los separadamente. O tradicional arroz com feijão, mesmo sendo uma combinação pesada, pode ser compatível no estômago. As verduras não necessitam de suco digestivo específico; elas se decompõem em qualquer meio, ácido ou alcalino. Assim, podem ser ingeridas com um alimento concentrado.

Na composição do corpo humano há 70% de água. As frutas e legumes possuem alto teor de água e devem predominar na nossa dieta. A água desses alimentos é importante para a nutrição e limpeza do organismo; transportando os nutrientes para todas as células do corpo e, em troca remove as sobras tóxicas, promovendo a desintoxicação. Nosso organismo possui três ciclos básicos: ingestão, assimilação e eliminação. Esses ciclos funcionam com maior facilidade quando ingerimos alimentos com alto teor de água. Mesmo o animal carnívoro quando caça uma presa, que sempre é um animal que se alimenta de frutas e plantas, ele rasga o lado inferior da presa e come primeiro o intestino e as vísceras, que são os órgãos mais ricos em água

e fibras, além de beber o sangue que contém mais de 90% de água e por fim, come a carne e os músculos.

Toda planta, verdura, fruta, castanhas ou sementes em seu estado natural crupossuem enzimas, que são os princípios vitais nos átomos e moléculas de toda célula viva; exercendo uma afinidade do tipo magnética com os átomos do corpo humano, quando é necessária a reconstrução ou substituição das células do organismo. Desta forma, todas as células na estrutura do nosso corpo e todas as células nos alimentos naturais crus são impregnadas e animadas com a vida silenciosa das enzimas. Beber água ou qualquer líquido durante uma refeição dilui os sucos gástricos, dificulta a digestão, debilita a assimilação e afeta negativamente o importantíssimo ciclo de eliminação, desperdiçando grande quantidade de energia.

As frutas e verduras são os alimentos mais adequados aos seres humanos; entretanto, é importante que sejam consumidas corretamente. Elas possuem o mais alto teor de água dos alimentos; de 80 a 90% de água purificadora, vital, além de todos os nutrientes necessários à vida humana. Proporciona ao organismo um funcionamento com o máximo de eficácia, pela acentuação do processo de eliminar resíduos tóxicos. A digestão das frutas começa na boca, não no estômago, atravessando este último em vinte ou trinta minutos, com exceção da banana, tâmara, e frutas desidratadas, que ficam mais tempo no estômago; de quarenta e cinco minutos a uma hora e liberam os nutrientes vitais nos intestinos. Como a fruta não se destina a uma permanência prolongada no estômago, a ingestão correta significa que deve ser de estômago vazio e frescas, sem nenhum processamento. O suco de fruta deve ser ingerido devagar, misturando bem com a saliva. Se as frutas entram em contato com outros alimentos no estômago, e sucos digestivos, todo bolo alimentar decompõe-se (proteínas) e fermenta transformando-se em ácido, causando dispepsia e azia. Todas as frutas, incluindo as ácidas, se transformam em alcalinas se consumidas corretamente. As frutas, assim como as verduras, possuem a capacidade única de neutralizar os ácidos que se formam em nossos sistemas. Quando ingerimos outro alimento, devemos esperar um tempo adequado para ingerir fruta novamente. Para saladas cruas o tempo é de duas horas. Para uma refeição bem

combinada sem carne o tempo é de três horas. Para refeições não combinantes, o tempo é de oito horas.

Proteínas:

O organismo humano tem a capacidade de reciclar 70% das sobras de proteínas. Quando ingerimos proteínas além das necessidades, elas roubam energia do organismo e transformam-se em resíduos ácidos tóxicos. Nosso corpo é formado por vinte e três aminoácidos; todos são essenciais, sendo que quinze podem ser sintetizados pelo próprio organismo, enquanto oito devem vir dos alimentos que ingerimos. Se nos alimentarmos regularmente de frutas, verduras, nozes, sementes, brotos ou legumes, estaremos recebendo os oito aminoácidos necessários para produzirmos a proteína que precisamos. O fígado tem a capacidade de estocar aminoácidos para serem utilizados quando necessários. Quando o número de aminoácidos no sangue cai, devido à retirada feita pelas células, o fígado deposita parte dos aminoácidos estocados de volta à circulação. A célula também tem a capacidade de estocar aminoácidos. Se o conteúdo de aminoácidos no sangue cai, ou se alguma outra célula requer um aminoácido específico, a célula é capaz de liberar seus aminoácidos estocados na circulação. Já que a maioria das células do corpo sintetiza mais proteína do que é necessário para sustentar a vida celular, elas podem converter novamente suas proteínas em aminoácidos e fazer um depósito destes últimos; o que desmitifica a falsa necessidade de ingerirmos proteína completa em cada refeição. O organismo pode compensar a falta de aminoácidos em uma determinada refeição, por meio da reserva, no depósito de aminoácidos, contanto que se inclua uma variedade de alimentos na dieta. O conteúdo de aminoácidos utilizáveis nos vegetais é muito superior ao encontrado em alimentos de origem animal. Na realidade, não precisamos de proteína de alto peso. Aminoácidos de alta qualidade é o que precisamos para produzir a proteína que devemos possuir. O calor do cozimento coagula ou destrói muitos aminoácidos que perdem a disponibilidade para o uso do corpo. Esses aminoácidos não utilizáveis tornam-se tóxicos e causam esgotamento de energia. Para acrescentar vida à nossa vida, é melhor que em nossa dieta predominem alimentos vivos. A palavra vegetal vem do

grego *vegetus*, que significa cheio de vida ! “Minha opinião é que a maneira vegetariana de viver, por seu efeito puro sobre o temperamento humano, influenciaria beneficemente toda a humanidade.” (ALBERT EINSTEIN)

Laticínios:

As enzimas necessárias para bem decompor e digerir o leite são: a renina e a lactase. Na maioria dos seres humanos ela praticamente desaparece com a idade de três anos. Outro elemento presente no leite é a caseína. Há trezentas vezes mais caseína no leite de vaca do que no leite humano. No nosso estômago, a caseína do leite de vaca forma coágulo difícil de digerir, aderindo às paredes do intestino, impedindo a absorção de nutrientes pelo organismo, resultando em letargia. Além de a caseína ser um importante fator contribuinte para problemas de tireoide. A dificuldade mais séria com o consumo de laticínios é a formação de muco tóxico no sistema, resultado dos subprodutos do leite, que são ácidos, ficando parcialmente retidos no corpo, recobrando as membranas mucosas, obrigando tudo a desdobrar-se de forma muito lenta, e deixando o organismo sobrecarregado de muco. Esse muco acumulado nas vias respiratórias superiores faz com que a pessoa emita um som gutural, enquanto tenta liberá-lo. O cálcio do leite de vaca é muito inferior ao do leite humano, e está ligado à caseína. Isso impede que o cálcio seja absorvido. Quando o leite e derivados sofrem algum processamento, pasteurização, homogeneização, etc, ocorre a degradação do cálcio, tornando mais difícil a sua utilização. Mesmo o leite cru pode ser prejudicial pelo risco de contaminação por germes patogênicos, tuberculose, etc. Se ingerirmos alimentos de forma equilibrada, consumindo frequentemente vegetais verdes folhosos, nozes e castanhas cruas, sementes cruas de gergelim e frutas, dificilmente teremos deficiência de cálcio. As melhores fontes de cálcio são: sementes cruas de gergelim, todas as nozes cruas, várias espécies de algas, todas as verduras folhosas e frutas concentradas, como figo, tâmaras e passas. É importante compreender o papel do cálcio no corpo humano. Uma das suas principais funções é neutralizar o ácido no sistema. Uma alimentação acidificada por excesso de proteína, açúcar, alimento refinado e industrializado, consome o cálcio do organismo. Mesmo se ingerirmos grande quantidade de cálcio,

este é utilizado para neutralizar o ácido. Todos os laticínios, com exceção da manteiga, formam grande quantidade de ácido. A manteiga é uma gordura, portanto neutra. Para suprir a necessidade, não deveríamos encher o corpo de cálcio mas, em vez disso, corrigir os hábitos alimentares de forma que se forme menos ácido no sistema. Assim, o cálcio será utilizado até seu potencial máximo. Muitas alergias e problemas respiratórios podem estar diretamente ligados ao consumo de laticínios, especialmente a asma. O mesmo é verídico em relação à criança com infecção de ouvido.

FATORES DE INTOXICAÇÃO⁵⁵

Se cada ser humano buscasse entrar em sintonia, mediante esclarecimento, com seu corpo; entender melhor seu funcionamento e necessidades, tenho certeza de que o cuidado com as cinco formas de nutrição (respiração, hidratação, atividade física, relaxamento e alimentação) seria mais assertivo e amoroso. Não posso deixar de falar aqui dos órgãos excretores, tão importantes na realização plena da saúde por meio da Alimentação Desintoxicante.

A PELE – O maior órgão do corpo humano

Protege nossa individualidade, é a membrana que separa o corpo físico do mundo externo. Extremamente sensorial e tátil, representa a sensibilidade e capacidade de troca saudável com o universo. O que eu permito receber e deixo entrar? O que eu não permito entrar e receber? O que eu permito sair? O que aprisiono dentro de mim? Através desta enorme superfície que é a pele, poderemos viver os maiores estímulos de prazer e carinho, como também de dor. Metafisicamente falando, problemas de pele revelam medo e ansiedade. A pessoa sente-se ameaçada diante das trocas, e muito deste fenômeno se deve a uma necessidade emergente de se desfazer de “lixos” do passado. A maioria das substâncias aplicadas sobre a pele inibe a respiração cutânea ou a intoxicam pelo conteúdo de ingredientes tóxicos. Assim, escolha aquelas fórmulas que são mais neutras, naturais e fitoterápicas. A presença de corantes

⁵⁵ Por: Dra. Conceição Trucom. *Alimentação desintoxicante: para ativar o sistema imunológico*. SP: Ed. Alaúde, 2004. (www.docelimao.com.br)

e muitos aditivos químicos nestes produtos não é benéfica. Evite usar roupas muito justas e feitas com tecidos sintéticos, pois eles perturbam o controle térmico natural, a circulação sangüínea subcutânea, a transpiração e o equilíbrio eletrostático. Atenção à qualidade e frequência de uso de: tinturas e cremes para o cabelo, sabonetes muito alcalinos ou perfumados, cremes e óleos de beleza não fitoterápicos, desodorantes e roupas lavadas com excesso de produtos químicos. Evite também banhos muito quentes e demorados.

Carinhos que a pele agradece: 1) Automassagear-se e receber massagens usando produtos fitoterápicos e naturais, 2) Escovar a pele diariamente com uma escova de cerdas macias ao acordar ou antes do banho, 3) Praticar banhos diariamente com a água o mais fria possível, 4) Buscar um banho de cachoeira, rio ou mar uma vez por mês e, 5) Hidratar-se internamente diariamente por meio da dinâmica da Alimentação Desintoxicante com sucos, chás e sopas desintoxicantes.

OS RINS - Cristalizam as críticas, os desapontamentos e os fracassos

Os rins filtram todos os líquidos que passam pelo corpo humano, portanto eles administram todas as questões emocionais do indivíduo. Além disso, é importante notar que o sistema renal funciona com um *par* de rins, portanto, depende de parceria e cumplicidade entre eles para seu pleno funcionamento. Metafisicamente falando, cálculos e dores renais revelam raivas não dissolvidas. Existe embutido também um comportamento emocional infantil ou rebelde diante dos desafios, principalmente aqueles ligados às nossas parcerias e uniões.

Atualmente mais de 10% dos homens e 5% das mulheres sofrem de cálculo renal durante a vida. Explica-se essa desproporção pelo fato de as mulheres se posicionarem mais emocionalmente, enquanto os homens costumam cristalizar seus desapontamentos. A incidência varia geograficamente, refletindo diferenças ambientais e comportamentais; entretanto, o índice de casos é agora abruptamente crescente, associado com a “modernização” da dieta ocidental. Sal, baixo consumo de água e fibras, consumo em excesso de proteínas, aditivos químicos e alimentos industrializados são hábitos péssimos para o pleno funcionamento dos rins. Mas, o simples cuidado de

ingerir mais frutas e vegetais frescos e crus, além de alimentos integrais, já impede notavelmente o desenvolvimento de dificuldades renais.

Cuidados que eles agradecem: 1) Automassagem com movimentos circulares em toda a região lombar, que vai desde a cintura até o cóccix, 2) Automassagear as palmas das mãos, principalmente naquela parte mais na lateral da palma e perto do pulso, 3) Fazer uso de chás de ervas que auxiliam no funcionamento dos rins como a salsa e a quebra-pedra, e 4) Hidratar-se internamente diariamente através da Alimentação Desintoxicante com seus sucos matinais desintoxicantes.

OS PULMÕES - Cristalizam o medo de ser digno de viver plenamente

A respiração é a fonte de energia vital que nos mantém vivos. Sem oxigênio por mais de três minutos a vida acaba. Mas ela é também o principal nutriente do corpo emocional (energético), ou seja, através da respiração adequada podemos conquistar um estado de serenidade e relaxamento emocional, além de sanidade. Entretanto, a familiaridade e a falta de consciência gera indiferença. Acostumamos com o ar que é tão essencial, mas por ser invisível, intocável e gratuito não damos a ele o devido valor e importância. Oxigênio é tão ou mais alimento que a comida e água que ingerimos. Para inspirar e expirar aproximadamente 22.000 vezes por dia, são necessários 2 pulmões, 24 costelas, os músculos entre as costelas, os do pescoço, os peitorais, os abdominais, o diafragma e ainda veias, artérias e tecidos saudáveis em volta de toda essa estrutura. Isso tudo se movimenta constantemente, sem que você perceba. Metafisicamente falando, respirar inadequadamente revela tristeza, depressão ou sofrimento. Um medo de viver e de colocar oxigênio (combustível) para a vida. Subliminarmente, é algo como não se sentir digno de viver plenamente a vida. Uma pneumonia, por exemplo, pode revelar cansaço e desespero com a vida, com ferimentos emocionais que não recebem permissão para sarar. Lembre que o sistema respiratório funciona a partir de duplicidade e parceria, motivo pelo qual seu pleno funcionamento depende da sanidade das nossas relações e trocas afetivas. Fisicamente falando, dificultam o pleno funcionamento dos pulmões: alimentos industrializados, poluição atmosférica, fumaças de cigarro e

outras, ambientes fortemente aromatizados, ambientes com baixo nível de higiene, sem ventilação natural ou com ventilação artificial. Além disso, uma vida sedentária, com falta de atividade física, que é um estímulo natural da respiração e todo o seu sistema, irá reduzir o número de mitocôndrias em todas as células do organismo, portanto diminuirá a energia vital e a vitalidade como um todo.

No emocional entramos em um círculo vicioso pois os bloqueios emocionais diminuem a amplitude e o ritmo respiratório, que irão provocar uma subnutrição energética, que irá perpetuar, ampliar e multiplicar os bloqueios emocionais. Como podemos ajudar este sistema? Mudando muitos hábitos. Desde os alimentares até uma maior mobilização corporal. Evitar ao máximo expor-se a ambientes demasiadamente poluídos. Muitas das substâncias nocivas que se encontram temporariamente dentro do corpo humano necessitam ser eliminadas pelas mucosas respiratórias e pelo ar que expiramos. Entretanto, nós da sociedade “moderna” e acelerada expiramos menos do que inspiramos. Ou seja, não colocamos para fora dos pulmões o tanto de gás carbônico (CO₂) e outras toxinas que deveríamos. Este gás não eliminado acaba por se dissolver no sangue e transformar-se em ácido carbônico, mantendo o sangue que irriga todas as nossas células num padrão ácido que intoxica, excita e dificulta a ação metabólica.

Cuidados que eles agradecem: 1) Para a reeducação respiratória existem práticas recomendáveis como Yoga, o Tai Chi Chuan e a Meditação, 2) Fazer uso da aromaterapia nos locais de maior permanência, 3) Praticar sauna uma vez por mês e, 4) Fazer uso diário da Alimentação Desintoxicante pois ela tem a propriedade de alcalinizar o sangue, desintoxicar e harmonizar todos os líquidos corporais.

O FÍGADO - Cristaliza a raiva, ódio e as emoções primitivas

O fígado é verdadeiramente um órgão complexo e surpreendente. Sem dúvidas, o sistema hepático é o mais importante do metabolismo. Em grande escala, a saúde e a vitalidade de um indivíduo são determinadas pela saúde e tonicidade deste órgão, que é o responsável inicial pela desintoxicação do corpo humano. As funções básicas do fígado são: vascular, secretória e

metabólica. Suas funções vasculares incluem o fato de ser um importante reservatório sangüíneo e em filtrar mais de um litro de sangue por minuto, removendo bactérias, endotoxinas, complexos antígeno-anticorpo e várias outras partículas da circulação. O fígado é uma “usina de purificação” das toxinas alimentares. As funções metabólicas do fígado são inúmeras e imensas, porque ele está intrinsecamente envolvido na digestão dos carboidratos, proteínas e gorduras, que irão gerar toda a matéria prima de construção e manutenção do corpo humano.

Metafisicamente falando, os distúrbios do fígado são provenientes do hábito de se queixar com amargura e rabugice apenas para iludir-se (resistir às mudanças) de pensamentos agoniados, plenos de raiva, medo e ódio de situações do passado. As afirmações adequadas para iniciar o processo de cura, segundo Louise L. Hay são: “Liberto o passado e avanço para o futuro”. “Adapto-me com doçura ao fluxo da vida. Faço as pazes com o meu passado”.

Os agentes físicos que causam dano ao fígado são: álcool, fumo, café, chá (exceto o verde e os de ervas), cacau, excitantes, açúcar branco, alimentos refinados, produtos químicos sintéticos ou naturais em excesso, excesso de gordura animal, alimentos industrializados.

Cuidados que ele agradece: 1) Uma dieta rica em alimentos crus, frescos, integrais, com elevado teor de fibras e substâncias antioxidantes, logicamente isentos de agrotóxicos, 2) Fazer uso de chás e tônicos hepáticos naturais, 3) Automassagear as palmas das mãos e solas dos pés com uma bolinha de tênis, para estimular todo o sistema hepático, digestório e excretor; 4) Praticar exercícios como caminhar diariamente.

OS INTESTINOS - Recusa em largar velhas idéias. Prisão no passado e às vezes avareza

Segundo o professor Arnold Ehret, criador de uma dieta baseada na ingestão de frutas, a doença é entre outras coisas uma tentativa desesperada para livrar-se dos seus lixos tóxicos. Ele realizou pesquisas fantásticas sobre o uso do jejum regular e percebeu surpreso que as pessoas que permaneciam 20 dias sem ingerir qualquer alimento ainda expeliam regular quantidade de

fezes. Ele afirma ainda que “o indivíduo de porte médio tem ao redor de 4-5 quilos de fezes sem eliminar, que envenenam continuamente sua circulação sangüínea e todo o organismo”. Mas, segundo a filosofia da medicina chinesa, que procura estudar a causa (a origem) da doença, os sintomas da doença são olhados como sinais externos de uma falta de equilíbrio geral na vida do indivíduo. Portanto, toda doença é constitucional e envolve todo o organismo e não apenas parte dele. Assim, o propósito de uma vida construtora de saúde é limpar e fortalecer o organismo. E é nos intestinos que tal fenômeno acontece de forma intensa. No intestino delgado decide-se o que irá para a corrente sangüínea como nutrição e o que não passa pelo crivo deste sistema de seleção irá seguir seu caminho para o intestino grosso e posterior excreção na forma de fezes. Na verdade, o intestino delgado é considerado pela medicina chinesa como um cérebro, uma central de inteligência, onde é decidido o que irá perpetuar a vida e o que irá ser eliminado. Este é o motivo pelo qual a medicina chinesa valoriza tanto o pleno funcionamento deste sistema.

Os mesmos maus hábitos que intoxicam o fígado também causam dificuldades aos intestinos. O longo tempo de permanência das toxinas e venenos nos intestinos provoca a reabsorção dos mesmos pelas paredes dos intestinos, ocasionando uma intoxicação mais grave, podendo chegar a diferentes níveis de doença e até à morte. A permanência por tempo insuficiente irá causar desidratação, desequilíbrio de sais, subnutrição e até a morte em casos prolongados deste quadro.

Metafisicamente falando, um intestino preso revela uma recusa em largar velhas idéias, crenças ou emoções. Prisão ao passado. Pode revelar um medo de abandonar o conhecido em prol do desconhecido.

Cuidados que eles agradecem: 1) Uma dieta rica em alimentos crus, frescos, integrais, com elevado teor de fibras – cortar ao máximo os alimentos refinados⁵⁶, 2) Fazer uso de sucos e chás depurativos – que é uma forma

⁵⁶ Nos últimos anos tem-se publicado uma grande quantidade de informação sobre os efeitos curativos da **semente de linhaça**. Investigadores do Canadá e dos EUA têm enfocado sua atenção nesta semente na prevenção e cura de numerosas doenças degenerativas. As investigações e a experiência clínica têm demonstrado que o consumo em forma regular de semente de linhaça previne e ajuda na cura de numerosas doenças. Use deixando de molho por 3 horas na água e coloque em sucos no liquidificador.

divertida também de hidratar-se, 3) Massagear carinhosamente abdome e as palmas das mãos e solas dos pés com uma bolinha de tênis para estimular todo o sistema hepático, digestório e excretor, 4) Praticar caminhadas matinais para estimular os movimentos peristálticos e 5) Dar-se tempo para ir ao banheiro com calma todas as manhãs ao levantar-se.

ALIMENTOS CRUS como base para a saúde⁵⁷

“Tenho 85 anos. Exerço a medicina há 20 anos em Arosa, Suíça. Meu pai era médico rural e conheci os limites da medicina convencional convivendo com doenças crônicas já na minha juventude. De constituição bastante frágil, procurava ampliar as possibilidades da medicina convencional com métodos alternativos. Hoje, considero a alimentação e o jejum os mais importantes. Já o famoso médico suíço, Dr. Max Bircher-Benner (1867-1939), recorreu aos incríveis efeitos da alimentação crua. Experimentou e ficou perplexo com o resultado. Naquela época, crianças com doença abdominal morriam. A clínica pediátrica do Hospital Universitário de Zurique encaminhou algumas crianças ao Dr. Bircher-Benner. Retornaram curadas. Sua alimentação consistia, principalmente, de bananas frescas, depois substituídas por maçãs frescas, com o mesmo resultado. Também as crianças diabéticas foram beneficiadas com uma dieta exclusiva de frutas frescas. O Dr. Bircher-Benner apresentou ao Dr. Joseph Evers, na Alemanha, pacientes que ficaram livres de esclerose múltipla, uma doença considerada incurável. O Dr. Evers começou, então, a tratar pacientes portadores de esclerose múltipla e outras doenças consideradas incuráveis, com resultados surpreendentes. Em reunião da Associação Alemã de Neurologia, o Dr. Evers apresentou suas radiografias e a estatística, mostrando que — ao iniciar a alimentação com frutas e verduras frescas dentro do período de um ano após o aparecimento dos sintomas — *94% dos portadores de esclerose múltipla ficavam curados*. O Dr. Evers, falecido em 1975, não utilizava medicamentos, somente alimentação. Em seu livro **“Warum Evers-Diät?”** (Por que a dieta Evers?), ele afirma: **“O sucesso é a melhor prova de que uma teoria está correta.”** Muito disso foi

57 Fonte: Dr. Ernest Bauer. Palestra feita durante o Congresso Vegetariano em Widnau, Suíça, 1999.

esquecido até recentemente, quando, por exemplo, o físico Fritz Popp descobriu que os nutrientes vivos irradiam fótons. Essas pequenas partículas de luz aparentemente protegem o sistema imunológico e destroem células cancerígenas. Quando aquecemos os alimentos vivos, a irradiação se torna muito forte e depois cessa — os alimentos estão, de certo modo, mortos. No livro **“Biologie des Lichts”** (Biologia da luz), publicado em 1984, ele descreve os princípios da irradiação extremamente fraca das células. Uma enfermeira do hospital da Universidade de Zurique estava morrendo. Anos antes, haviam-lhe retirado um tumor maligno da mama. Mais tarde, apareceram metástases no fígado. Quando o tumor reapareceu por uma terceira vez, após duas quimioterapias, acreditavam que nada mais poderia ser feito. Era Natal e seus amigos vieram despedir-se dela. Uma amiga lhe falou da alimentação crua e logo trouxe frutas e hortaliças frescas. No dia seguinte, a enfermeira já pôde deixar a alta dose de morfina que estava tomando contra as dores e levantar. A cada dia, ficava de pé durante mais tempo. Como podemos explicar este efeito sobre tumores malignos? A pesquisadora em oncologia, Virginia Livingston, de San Diego, EUA, descreve em seu livro **“The Conquest of Cancer”** que os alimentos vivos, as frutas e as hortaliças contêm um ácido, um subproduto da vitamina A, que também é produzido no fígado. *Essa substância freia o câncer, mas é sensível ao calor.* Cenouras cozidas no vapor só contêm 1% a 2% da quantidade do ácido que as cenouras cruas contêm. Recomendo aos pacientes em minha clínica — e eu mesmo me alimento desta forma:

- Comer apenas o que nasce na natureza.
- Disso, só comer na quantidade que o corpo pede e quando sentimos fome.
- Consumir os alimentos assim como a natureza nos oferece, sem misturar, sem aquecer.
- Sempre que possível, comer os alimentos isentos de agrotóxicos e adubos químicos.

Como podemos saber se uma fruta é saudável ou prejudicial? Nosso instinto pode nos dizer isso. Cada ser vivo tem sua voz interior, inclusive as bactérias e os vírus. O ser humano é o único ser vivo que não segue sua voz interior, nós nos achamos superiores. Porém, se não seguimos esta voz, surge o efeito contrário, o vício. O adulto é viciado no fumo, em alimentos desnaturados, cozidos etc. *Após um jejum, estes vícios podem desaparecer. O instinto, a voz interior, está de volta, como em um recém-nascido.* Se comermos alimentos cozidos, há um aumento dos glóbulos brancos após a refeição, como se tivéssemos ingerido um veneno. Nosso sistema imunológico, neste caso, está ocupado de manhã até a noite enfrentando os tóxicos que introduzimos com a alimentação cozida e os aditivos químicos.

Ao dar alimentação cozida para animais selvagens, saudáveis, estes adoecem com nossas doenças da civilização e morrem. Se acrescentarmos vitaminas da farmácia, morrem alguns dias mais tarde. Entretanto, se os colocamos em liberdade para que voltem a se nutrir com alimentos vivos, seguindo o seu instinto, eles se recuperam.

21 MOTIVOS PARA SER VEGETARIANO⁵⁸

1. Evitar carne é um dos melhores e mais simples caminhos para cortar a ingestão de gorduras. A criação moderna de animais provoca artificialmente a engorda para obter mais lucros. Ingerir gordura animal aumenta suas chances de ter um ataque cardíaco ou desenvolver câncer.
2. A cada minuto todos os dias da semana, milhares de animais são assassinados em abatedouros. Muitos sangram vivos até morrer. Dor e sofrimento são comuns. Só nos EUA, 500.000 (meio milhão) de animais são mortos a cada hora!
3. Há milhões de casos de envenenamento por comida relatados a cada ano. A vasta maioria é causada pela ingestão de carne.
4. A carne não contém absolutamente nada de proteínas, vitaminas ou minerais que o corpo humano não possa obter perfeitamente de uma dieta vegetariana.

⁵⁸ Texto extraído de "Food for thought" - Dr. Vernon Coleman. <http://www.vernoncoleman.com>

5. Os países africanos - onde milhões morrem de fome - exportam grãos para o primeiro mundo para engordar animais que vão parar na mesa de jantar das nações ricas.
6. “Carne” pode incluir rabo, reto, cabeça, pés e a coluna vertebral de um animal.
7. Uma salsicha pode conter pedaços de intestino. Como alguém pode estar certo de que os intestinos estavam vazios quando utilizados? Você realmente quer comer o conteúdo do intestino de um porco?
8. Se comêssemos as plantas que cultivamos ao invés de alimentar animais para corte, o déficit mundial de alimentos desapareceria da noite para o dia. Lembre-se que 40 hectares de terra produzem carne suficiente para 20 pessoas, ou grãos suficientes para alimentar 240 pessoas!
9. Todos os dias dezenas de milhões de pintinhos de apenas 1 dia de vida são mortos apenas porque não podem botar ovos. Não há regras para determinar como ocorre a matança. Alguns são moídos vivos ou sufocados até a morte. Muitos são utilizados como fertilizantes ou como ração para alimentar outros animais.
10. Os animais que morrem para a sua mesa de jantar morrem sozinhos, em pânico e terror, em profunda depressão e em meio à grande dor. A matança é impiedosa.
11. É muito mais fácil ser e manter-se elegante quando se é vegetariano.
12. Metade das florestas tropicais do mundo foram destruídas para fazer pasto para criar gado. Cerca de 1000 espécies são extintas por ano devido à destruição das florestas tropicais.
13. Todos os anos milhares de toneladas de grãos alimentam animais de corte - assim os ricos do mundo podem comer carne. Ao mesmo tempo, 500 milhões de pessoas nos países pobres passam fome. A cada 6 segundos alguém morre de fome, porque pessoas no Ocidente estão comendo carne. Cerca de 60 milhões de pessoas morrem de fome por ano. Todas essas vidas poderiam ser salvas, porque essas pessoas poderiam estar comendo os grãos usados para alimentar animais de corte se comêssemos 10% a menos de carne.

14. As reservas de água fresca do mundo estão sendo contaminadas pela criação de gado de corte. E os produtores de carne são os maiores poluidores das águas. Se a indústria de carne nos EUA não fosse subsidiada em seu enorme consumo de água pelo governo, algumas gramas de hambúrguer custariam US\$ 35.
15. Se você come carne, está consumindo hormônios que foram administrados aos animais. Ninguém sabe os efeitos que esses hormônios causam à saúde. Em alguns testes, um em cada quatro hambúrgueres contém hormônios de crescimento originalmente administrados ao gado.
16. As seguintes doenças são comuns em comedores de carne: anemias, apendicite, artrite, câncer de mama, câncer de cólon, câncer de próstata, prisão de ventre, diabetes, pedras na vesícula, gota, pressão alta, indigestão, obesidade, varizes. Vegetarianos há longo tempo visitam hospitais 22% menos que carnívoros, e por pouco tempo. Vegetarianos têm 20% menos colesterol que carnívoros e isso reduz consideravelmente ataques cardíacos e câncer.
17. Alguns produtores usam calmantes para manter os animais calmos. Usam antibióticos para evitar ou combater infecções. Quando você come carne, está ingerindo estas drogas. Na América do Norte, 55% de todos os antibióticos são dados a animais de corte, e a porcentagem de infecções por bactérias resistentes a penicilina avançou de 13% em 1960 para 91% em 1998.
18. Num período de vida, um comedor de carne médio terá consumido 36 porcos, 36 ovelhas e 750 galinhas e perus. Você deseja tanta carnificina em sua consciência!?
19. Os animais sofrem dor e medo como nós. Passam as últimas horas de sua vida trancados em um caminhão, encerrados com centenas de outros animais, igualmente apavorados, e depois são empurrados para um corredor da morte ensopado de sangue. Quem come carne sustenta o modo como os animais são tratados.
20. Animais com um ano de vida são freqüentemente mais “racionais” do que bebês humanos de 6 semanas. Comer esses animais é um ato bárbaro.

21. Vegetarianos são mais aptos fisicamente do que comedores de carne.

Muitos dos mais bem-sucedidos atletas do mundo são vegetarianos.

O que posso comer !? Como ter certeza de que seu corpo está recebendo as vitaminas e os minerais de que necessita ?

Você está deixando de ser vegetariano porque não sabe o que comeria se não comesse carne? Um pequeno passeio pelo mercado de seu bairro lhe mostrará não somente que há muitas frutas e vegetais diferentes, mas também porque o vegetarianismo está crescendo rapidamente. Há muitas refeições vegetarianas prontas à venda.

1. Tenha uma dieta variada e tente incluir frutas frescas, vegetais verdes, ervilhas e produtos integrais - todos excelentes fontes de vitaminas, minerais e fibras.
2. Vitaminas são facilmente destruídas pelo cozimento; logo, você deve comer alimentos crus. Use o mínimo possível de água quando cozer vegetais, prefira o processo a vapor (para evitar perda de vitaminas solúveis em água). Cozinhe o vegetal pelo menor tempo possível.
3. Vitaminas são frequentemente armazenadas na casca de frutas e vegetais, logo, procure comer a casca.
4. Coma nozes e sementes, elas contêm uma grande variedade de vitaminas e minerais.
5. Livre-se das panelas de alumínio, que é um potente veneno que pode causar danos ao cérebro.
6. Zinco é encontrado em sementes, amêndoas e vegetais verde-escuros.

Lembre-se: Se você suspeita estar com deficiência nutricional em vitaminas e minerais, consulte um nutricionista ou um bom médico. Nunca tome vitaminas ou suplementos minerais sem indicação profissional.

DICAS DA MEDICINA ORTOMOLECULAR⁵⁹

⁵⁹ A ortomolecular é uma área médica hoje das mais avançadas, e ao mesmo tempo recomenda práticas de alimentação e saúde bem próximas das naturopatias tradicionais e visões integrais/naturais

1. **DIFICULDADE EM PERDER PESO.O QUE ESTÁ FALTANDO:** ácidos graxos essenciais e vitamina A. **ONDE OBTER:** semente de linhaça, cenoura e salmão - além de suplementos específicos
2. **RETENÇÃO DE LÍQUIDOS.O QUE ESTÁ FALTANDO:** na verdade um desequilíbrio entre o potássio, fósforo e sódio. **ONDE OBTER:** água de coco, azeitona, pêssego, ameixa, figo, amêndoa, nozes, acelga, coentro
3. **COMPULSÃO A DOCES. O QUE ESTÁ FALTANDO:** *cromo*. **ONDE OBTER:** cereais integrais, nozes, centeio, banana, espinafre, cenoura e suplementos.
4. **CÂIMBRA, DOR DE CABEÇA. O QUE ESTÁ FALTANDO:** potássio e magnésio. **ONDE OBTER:** banana, cevada, milho, manga, pêssego, acerola, laranja
5. **DESCONFORTO INTESTINAL, GASES, INCHAÇO ABDOMINAL O QUE ESTÁ FALTANDO:** lactobacilos vivos. **ONDE OBTER :** missô, kefir, iogurte natural e similares
6. **MEMÓRIA RUIM. O QUE ESTÁ FALTANDO :** *acetil colina, inositol*. **ONDE OBTER:** lecitina de soja, gema de ovo e suplementos
7. **HIPOTIREOIDISMO (PROVOCA GANHO DE PESO SEM CAUSA APARENTE)O QUE ESTÁ FALTANDO:** *iodo*. **ONDE OBTER:** algas marinhas, cenoura, óleo, pêra, abacaxi, peixes de água salgada e sal marinho.
8. **CABELOS QUEBRADIÇOS E UNHAS FRACAS. O QUE ESTÁ FALTANDO:** colágeno. **ONDE OBTER:** peixes, ovos, gelatina e suplementos
9. **FRAQUEZA, INDISPOSIÇÃO, MAL ESTAR. O QUE ESTÁ FALTANDO:** vitaminas A, C, e E e ferro. **ONDE OBTER:** verduras, frutas
10. **COLESTEROL E TRIGLICERÍDEOS ALTOS. O QUE ESTÁ FALTANDO:** Ômega 3 e 6. **ONDE OBTER:** sardinha, salmão, abacate, azeite de oliva, soja, castanha.

Alimente-se a seu favor...

*** Evite a ingestão de queijos e carnes gordas e frituras. A gordura acelera o processo de oxidação dos alimentos. * Se for cozinhar os vegetais, use o vapor breve, pois muito calor também oxida os alimentos.* Evite utensílios de alumínio; os resíduos desse metal são tóxicos e podem ficar nos alimentos.* Preferir panelas de vidro, barro, ferro, ou mesmo inox.* Em nenhuma hipótese aqueça os seus alimentos em embalagens e recipientes de plástico ou plastificados por dentro, no micro-ondas.**

EVITANDO A FORMAÇÃO DE CÉLULAS CANCEROSAS

1. Em geral, as pessoas têm células de câncer no corpo. Estas células cancerosas não aparecem nos testes padrão, até que elas se multipliquem em alguns bilhões. Quando os médicos dizem aos pacientes de câncer que não há mais nenhuma célula de câncer nos seus corpos, após tratamento, isso quer dizer que os testes não podem mais identificar as células cancerosas, porque elas não atingiram o tamanho detectável.
2. Células cancerosas podem ocorrer de 6 a mais de 10 vezes na vida de uma pessoa.
3. Quando o sistema imunológico da pessoa é vigoroso, as células cancerosas, que acaso se formarem, serão destruídas e impedidas de multiplicar e formar tumores.
4. Quando uma pessoa tem câncer, isto significa que ela tem múltiplas deficiências nutricionais. Estas deficiências são devidas ao fator genético, ambiental, da alimentação e do estilo de vida.
5. Superar as deficiências nutricionais múltiplas significa mudança de dieta e a inclusão de nutracêuticos⁶⁰, que irá fortalecer o sistema imunológico.
6. Quimioterapia impede o crescimento acelerado das células de câncer e também destrói as *células saudáveis*, na medula óssea, na área gastro-intestinal e outras, e pode causar danos em órgãos, como fígado, rins, coração, pulmões etc.

⁶⁰ **Nutracêuticos** são alimentos naturais considerados ao mesmo tempo como remédios, em geral brotos crus, verduras e frutas, além de ervas e preparados medicinais naturais.

7. A radiação, enquanto vai destruindo as células de câncer, também produz queimaduras, cicatrizes e danifica as células saudáveis, tecidos e órgãos.
8. O tratamento inicial com quimioterapia e radiação muitas das vezes poderá reduzir o tamanho do tumor. Entretanto, o uso prolongado da quimioterapia e da radiação não resulta em mais destruição do tumor. Não vai à raiz do tumor.
9. Quando o corpo está muito sobrecarregado com o efeito da quimioterapia e da radiação, o sistema imunológico ou está comprometido ou destruído; por conseguinte, a pessoa pode sucumbir a vários tipos de infecções e complicações.
10. Quimioterapia e radiação podem causar células cancerosas e disfunções futuras. Cirurgia também pode produzir células cancerosas e espalhar para outras áreas do corpo.
11. Um modo efetivo para combater o câncer é fazer as células cancerosas enfraquecerem, não as alimentando, pois elas necessitam de alimento para se multiplicarem. Evite então: **proteína** animal, açúcar, leite, e também alimentos cozidos e aditivos químicos. Substitutos do açúcar como o *Nutrasweet*, *Equal*, *Spoonfull*, etc, são feitos de **Aspartame**⁶¹, que é prejudicial à saúde ! Um dos mais adequados substitutos natural seria o mel ou melaço, mas só em pequenas quantidades. O leite faz o corpo produzir muco, especialmente no espectro gastrointestinal. Elimine o leite substituindo-o por leite de soja não adoçado.
12. Células cancerosas prosperam em um ambiente ácido. Uma dieta com base em carne é ácida. Carne de gado contém antibióticos, hormônios de crescimento e parasitas, que são prejudiciais, principalmente às pessoas com câncer.
13. Uma dieta feita com 80% de legumes frescos, sucos, grãos inteiros, sementes, nozes e um pouco de frutas ajudam a pôr o corpo em um ambiente alcalino. Aproximadamente, 20% delas podem ser ingeridas cozidas, incluindo feijões.

⁶¹ *Como e por que os adoçantes/edulcorantes artificiais ainda estão no mercado é um tema que envolve interesses e poder que não nos cabe agora explorar, mas simplesmente usar o princípio de precaução.* Evite ! A planta *Stévia* é uma das alternativas, ou o açúcar de frutas, frutose.

- a) Sucos de vegetais frescos proveem enzimas que são facilmente absorvidas e alcançam até níveis celulares dentro de 15 minutos, para nutrir e aumentar o crescimento das células saudáveis. Para obter enzimas vivas, para formar células saudáveis, tente ingerir sucos de vegetal frescos (a maioria dos legumes, inclusive brotos de feijão) e comer legumes crus, duas ou três vezes por dia. As enzimas são destruídas à temperatura de 43 graus centígrados.
 - b) Evite café, chá preto (e chocolate), que têm alto nível de cafeína. O chá verde é a melhor alternativa.
 - c) É melhor beber água limpa e natural, deionizada, filtrada, para evitar as toxinas conhecidas e metais pesados da água de torneira. A água destilada é ácida; evite-a.
14. Proteína de carne é difícil de digerir e requer muitas enzimas digestivas. Carne não digerida, que permanece nos intestinos, deteriora e causa a formação de mais toxinas.
15. Alguns suplementos podem ajudar o sistema imunológico: O IP6, Florence (flor de essência - uma mistura de ervas para fazer chá, que se acredita, tem propriedades para curar o câncer), antioxidantes, vitaminas, minerais, etc., para permitir que as próprias células protetoras do corpo destruam as células cancerosas.
16. Câncer é também uma doença da mente, do corpo e do espírito. Um espírito pró-ativo e positivo ajudará o “guerreiro” do câncer a sobreviver. Raiva, inclemência e amargura põem o corpo em estresse, num ambiente difícil. Aprenda a ter um espírito clemente e amoroso. Aprenda a relaxar e desfrutar a vida.
17. As células cancerosas não prosperam num ambiente oxigenado. Exercitando diariamente e profundamente a respiração, ajuda a circular mais oxigênio até o nível celular. A terapia de oxigênio é outra maneira usada para combater as células cancerosas.

Observação sobre substâncias geradas a partir do uso do plástico

Não coloque nenhum recipiente ou embalagem de plástico no micro-ondas. Substâncias químicas ligadas à produção de ftalatos podem ser geradas a todo momento pelo uso do plástico. Eles derivam do ácido ftálico e são muito tóxicos. Utilizados em plásticos como aditivos, para os tornarem mais maleáveis; são contaminantes ambientais que exibem sintomas parecidos com os de hormônios, ao atuarem como perturbadores endócrinos nos seres humanos. Quando se aquece o plástico, ocorre a liberação de ftalatos e a sua transmissão à água ou aos alimentos. Moléculas químicas artificiais são tanto princípios ativos de fármacos, agrotóxicos e outros derivados petroquímicos utilizados como aditivos e/ou plastificantes, e têm se comportado como mimetizadoras de hormônios. Ou seja, alteram, dramaticamente, as respostas biológicas naturais em seres vivos, sejam machos ou fêmeas. A queima do plástico gera também uma das substâncias tóxicas mais potentes, a **dioxina**⁶². Saiba muito mais coisas surpreendentes e esclarecedoras desse tema, no notável sítio <http://www.nossofuturoroubado.com.br>, além do vídeo *Agressão ao homem*, e o livro *Nosso futuro roubado*, da Dra. Theo Colborn e outros, lançado no Brasil pela L&PM Editores, em 1997.

62 São poluentes orgânicos que existem no ambiente, em nosso entorno, muitas vezes referidos como os mais tóxicos resíduos produzidos pela humanidade. Consistem num grupo de químicos, que incluem uma complexa mistura de 75 diferentes moléculas cloradas. Alguns PCBs também são também compostos semelhantes a dioxinas, cuja exposição pode provocar ceratodermia – uma forma grave de doença de pele – e efeitos nocivos nas funções reprodutoras e de desenvolvimento e, mais importante ainda, danificar o fígado e provocar **câncer**.

SÍTIOS DA INTERNET MUITO ÚTEIS:

- www.curadores.com.br
- www.drmarciobontempo.com.br
- www.oficinadasemente.com.br
- www.nossofuturoroubado.com.br
- <http://saudealternativa.org/>
- <http://www.taps.org.br/> (temas atuais em promoção da saúde)
- <http://alimentacaoviva.blogspot.com/>
- <http://cozinhavibrante.blogspot.com/>
- <http://www.misturaviva.com/>
- www.vegetarianismo.com.br
- www.svb.org.br (Sociedade Vegetariana do Brasil)
- www.healingcancernaturally.com (cura natural do câncer)
- www.health-report.co.uk/ingredients-directory.htm
- <http://www.healthy-communications.com/harmfulingredients1.html> (aditivos que atacam a pele)
- www.greenpeace.org.br
- www.erromedico.com.br
- www.caminhodomeio.org.br (tradições meditativas)
- www.preventcancer.com/about/epstein.htm

ALGUNS FILMES PROFUNDOS E IMPORTANTES

- **Sicko** – SOS Saúde (de Michel Moore. Surpreendente e irônico)
- **Uma verdade inconveniente** (Al Gore - aquecimento global)
- **A última hora** (ecológico, de Leonardo Di Caprio)
- **O ponto de mutação** (Capra – um novo paradigma em todas as áreas).
- **What the bleep do we know** (traduzido como “Quem nos somos” – paradigma quântico e aplicação às emoções diárias)
- **O jardineiro fiel** (experiências científicas e a ética).
- **Super Size Me** (consumo de McDonald’s pode levar a morte. Documentário irônico e excelente)
- **Tiros em Columbine** (competição e violência em escolas e cultura dos EUA)
- **Gandhi**
- **Kundun** (vida do Dalai Lama).
- **Um golpe do destino** (necessidade de amor nas doenças)
- **Terráqueos** (amplo uso dos animais)
- **A carne é fraca** (animais e consumo de carne não ecológico).
- **The Corporation** (A corporação) (como funcionam as multinacionais e nossa economia)

ALGUNS LIVROS⁶³

Saúde integral:

- BOTSARIS, Alex. *Como prevenir e tratar o câncer com medicina natural*. RJ: Best Seller, 2005.
- BURGOS, Enio. *Medicina interior. Coração e mente*. RS: Bodigaya, 2003.
- COLEMAN, Vernon. *Como impedir seu médico de o matar*. Lisboa: Ed. Livros do Brasil.

63 Sobre isso, veja-se tb. a bibliografia final.

- FITZGERALD, Randall. *Cem anos de mentira – como proteger-se dos produtos químicos que estão destruindo sua saúde*. SP: Idéia & Ação, 2008.
- GONZALES, Alberto P. *Lugar de médico é na cozinha*. RJ: Ed. Estácio de Sá/ Editora Rio, 2006.
- MACY, Joanna. *Nossa vida como Gaia*. SP: Ed. Gaia, 2005.
- MARTINS, Paulo Henrique. *Contra a desumanização da medicina*. Petrópolis: Vozes, 2005.
- PELIZZOLI, Marcelo L. (Org.) *Bioética como novo paradigma*. Petrópolis: Vozes, 2007.
- PELIZZOLI, Marcelo L. Org.) *Os caminhos para a saúde*. Petrópolis: Vozes, 2010.
- SERVAN-SCHREIBER. D. *Curar*. SP: Sá Editora, 2004.
- TENNER, Edward. *A vingança da Tecnologia*. SP: Campus, 1997.
- YUM, Jong Suk. *ABC da Saúde*. SP: Ed. Convite, s/d. & *Doenças, causas e tratamentos*. (esgotados)
- ZAGO, Romano (OFM). *Câncer tem cura*. 37ª ed. RJ: Vozes, 2007.

Autoconhecimento, emoções, espiritualidade, relações

- BAUMAN, Zygmunt. *Amor líquido*. RJ: Zahar, 2003 (data original)
- CAPRA, F. *O ponto de mutação*. SP: Cultrix, 1982.
- BOFF, Leonardo. *Princípio de compaixão e cuidado*. RJ: Vozes, 2001.
- CAROTENUTO, A. *Eros e pathos*. SP: Paulus, 1994.
- COMTE-SPONVILLE, A. *Bom dia angústia!* SP: M. Fontes, 2000.
- CROW, D. *Em busca do buda da medicina*. SP: Pensamento, 2000.
- DALAI LAMA. *Um coração aberto*. SP: M. Fontes, 2001.
- _____. *Uma ética para o novo milênio*. SP: Sextante, 2000.
- DISKIN, Lia et al. *Ética, valores humanos e transformação*. SP: Peirópolis, 1998.
- GOLEMAN, Daniel (Org.). *Equilíbrio mente e corpo*. RJ: Campus, 1997.
- GOLEMAN, D.; Dalai Lama. *Como lidar com emoções destrutivas*. SP: Ediouro, 2002

- HANH, Thich Nhat. *Aprendendo a lidar com a raiva*. SP: Sextante, 2001.
- HESSE, Herman. *Sidarta*. SP: Record, 1950.
- KORNFIELD, Jack. *Um caminho com o coração*. SP: Cultrix, 1993
- MELLO, Anthony de. *Auto-libertação*. SP: Loyola, 1987.
- ROSENBERG, Marshall. *Comunicação não-violenta*. SP: Ágora, 2006.
- SINGER, Peter. *Ética prática*. SP: M. Fontes, 1998.
- TAGORE, R. *Sadhana, o caminho da realização*. SP: Paulus, 1994
- THESENGA, Susan. *O eu sem defesas*. SP: Cultrix, 1994.
- TOLLE, Eckhart. *O poder do agora*. SP: Sextante, 2002
- TRUNGPA, Chogyam. *O mito da liberdade*. SP: Cultrix, 1976.
- ZWEIG, S.; ABRAMS J. (Org). *Ao encontro da sombra*. SP: Cultrix, 1991.

Saúde em Novo Paradigma

Este livro foi impresso e montado na oficina gráfica da Editora Universitária da UFPE, utilizando os papéis *Offset* 75g/m² para o miolo e *Triplex* 250g/m². Composto com as fontes *Minion Pro* para o texto e *Perspective Sans* para títulos e demais destaques ao longo do texto.

Editora
Universitária  **UFPE**

Rua Acadêmico Hélio Ramos, 20 | Várzea, Recife - PE CEP: 50.740-530
Fones: (0xx81) 2126.8397 | 2126.8930 | Fax: (0xx81) 2126.8395
www.ufpe.br/edufpe | livraria@edufpe.com.br | editora@ufpe.br