

RACIONALIDADE E SAÚDE: REFLEXÕES EM TORNO DA RELAÇÃO MÉDICO/PACIENTE

José Edmilson de Souza-Lima*
Sandra Mara Maciel-Lima**

“Un ser humano enfermo es un Dios/Diosa que se ignora” (LANCTÔT, 2002)

Resumo

Este artigo, que se situa nas fronteiras de dois campos do conhecimento, o da racionalidade e o da saúde, tem como objetivo refletir acerca da relação médico/paciente. Para tanto, ao recorrer a uma metodologia analítica centrada no conceito de racionalidade, conclui que a insatisfação dos pacientes e de profissionais de saúde está associada ao fato da relação médico/paciente ser predominantemente instrumental. Esta indicação dos limites da racionalidade instrumental abre brechas para outros saberes e práticas, centrados na racionalidade substantiva.

Palavras-chave: doença; política social; saberes socioculturais; práticas médicas.

Abstract

This article, which is situated on the borders of two fields of knowledge, rationality and health, aims to reflect on the medical/patient relationship. To this end, when turning to an analytical methodology centered on the concept of rationality, finds that patient dissatisfaction is linked to the fact that medical/patient relationship is predominantly instrumental. This indication of the limits of instrumental rationality opens loopholes for other knowledge and practices, focusing on substantive rationality.

Keywords: health; social policy; cultural knowledge; medical practices.

* Doutor em Meio Ambiente e Desenvolvimento pela UFPR. Pesquisador e Docente do Programa de Pós-Graduação em Meio Ambiente e Desenvolvimento (PPGMADE-UFPR) e do UNICURITIBA. E-mail: zecaed@hotmail.com

** Doutora em Sociologia pela UFPR. Pesquisadora e Docente do UNICURITIBA. E-mail: maciellima.sandra@gmail.com

INTRODUÇÃO

Os debates em torno das relações envolvendo profissionais de saúde e pacientes vêm se intensificando a partir das três últimas décadas do século XX. São debates que, simultaneamente, chamam a atenção para as insuficiências de algumas práticas médicas e apontam outros caminhos trazidos de saberes construídos na sociologia do corpo e na antropologia da saúde. O encontro dos referidos sistemas de saber ilumina novas possibilidades de reabilitação e de cura dos pacientes à medida que abre espaços para que esses últimos participem efetivamente da gestão dos processos de prevenção e de cura. Nessa ordem de raciocínio, este artigo apresenta-se como uma contribuição a esse debate fecundo e de extrema importância civilizatória. O objetivo aqui – refletir acerca da tensa e complexa relação entre médicos e pacientes - não é esgotar a discussão, mas apresentar outros elementos ainda não desenvolvidos em outros estudos que possam contribuir de forma efetiva para emancipar os pacientes de seus estados de fragilidade e de vulnerabilidade física e espiritual.

Para tanto, em termos metodológicos, a pesquisa recorre a dois quadros (1 e 2) que selecionam alguns elementos constituintes das racionalidades instrumental e substantiva com vistas a analisar práticas de profissionais da saúde. Os dois quadros são utilizados como referências para identificar nas abordagens teóricas e, principalmente, na vivência dos profissionais da saúde – evidenciado por um repertório de depoimentos coletados de alguns trabalhos já publicados – as presenças ou ausências das racionalidades instrumental e substantiva.

Além da introdução e das considerações finais, o artigo está dividido em três seções. Na primeira, são apresentados os Quadros 1 e 2 que além de

prestar esclarecimentos acerca da racionalidade, servem de referenciais de análise das abordagens teóricas e dos depoimentos dos profissionais de saúde. Na segunda seção a ideia força é recorrer aos Quadros 1 e 2 com vistas a dialogar com um repertório de depoimentos de profissionais de saúde sobre a relação médico-paciente. Na terceira seção são apresentados os principais indicadores das insuficiências das práticas médicas centradas nas racionalidades instrumentais e as potencialidades de práticas orientadas por racionalidades substantivas. Nesta seção cede-se espaço aos saberes que vão além dos médicos. São os saberes emergentes e produzidos a partir da antropologia da saúde. Eles emergem não para competir, mas colaborar com as práticas biomédicas convencionais. Nas considerações finais é explicitada a importância das racionalidades substantivas para aperfeiçoamento das práticas médicas.

1. NOTAS ACERCA DA RACIONALIDADE

A ideia-força desta seção é apresentar um breve estado da arte acerca da racionalidade, sintetizando-o em forma de quadros que servirão de modelo de análise para os depoimentos derivados da relação médico/paciente (seção 2).

A discussão em torno da racionalidade orienta-se a partir das mais variadas matrizes epistemológicas, mas é possível apresentar como marco zero para este debate a extensa obra do sociólogo alemão Max Weber (1970). Tomando como referência sua metodologia ideal-típica, Weber, sem esconder seu pessimismo, deixou sinalizações de que os processos de racionalização podem ser caracterizados como a marca singular da vida associativa

moderna. Cumpre ressaltar que a denúncia de Weber não estava direcionada à racionalidade no sentido amplo e complexo da palavra, mas a uma forma específica desta racionalidade, a instrumental, cuja sílaba tônica é o cálculo. Esta, sim, ao se projetar como hegemônica tende a anular todas as outras formas de crenças e valores que não se submetam ao cálculo. Em suma, no programa investigativo de Weber acerca da Modernidade, em detrimento da dimensão concreta e substantiva, predomina a dimensão abstrata da racionalidade, o cálculo instrumental.

Isto posto, a conceituação de racionalidade utilizada aqui, sintetizada preliminarmente no Quadro 1, tem como propósito ir além do marco zero weberiano. Para tanto, inspira-se, em primeiro lugar, na ideia de *racionalidade aberta*, de Morin (2003), que se recusa a aceitar o predomínio de uma racionalidade instrumental sobre todas as outras formas de viver e sentir do *Homo sapiens*. Em segundo lugar, toma de Floriani (2004) alguns elementos suficientes para pensar a racionalidade no interior de uma epistemologia da *transgressão*, cuja tônica é indicar limites da racionalidade instrumental, mas em ato contínuo apontar novas possibilidades de abertura da racionalidade. Nesta perspectiva, o sentido da *transgressão* não está associado à capacidade de desqualificar ou destruir (inclusive o cálculo fundante da racionalidade instrumental), mas de incorporar o *outro* (LEFF, 2006) à medida que leva em conta suas crenças e formas singulares de se relacionar com o mundo. Uma racionalidade transgressora é uma racionalidade que extrapola os limites predeterminados pelo cálculo instrumental.

Os autores citados serviram de inspiração para a elaboração dos Quadros 1 e 2. Para este artigo, a racionalidade instrumental será tomada como um sistema de crenças que possibilita diálogos da mente humana com domínios diversos da realidade, mas que se orienta e se submete

ao cálculo. De forma diversa, a racionalidade substantiva – indicativa de uma racionalidade aberta ou transgressora – vai além da definição anterior à medida que se orienta não apenas a partir do cálculo, mas de valores que transcendem o cálculo instrumental.

De acordo com o Quadro 1, para além da contribuição de Weber, as abordagens de Morin (2003), Floriani (2004), Leff (2001a; 2001b; 2003; 2006) e Serva (1996; 1997) inspiram a compreensão não apenas de uma racionalidade enclausurada em si mesma, mas de uma racionalidade reencantada, aberta para a complexidade dos fenômenos associados à vida social e natural. É importante ressaltar que a separação entre as racionalidades – substantiva e instrumental – expressa no Quadro 1 obedece a objetivos didáticos, pois, a rigor, na perspectiva de uma epistemologia da transgressão, não faz sentido qualquer separação entre elas. Falar de racionalidade substantiva significa falar igualmente de racionalidade instrumental, pois em termos concretos elas são inseparáveis.

Além do Quadro 1, que auxilia na definição das racionalidades, o Quadro 2 serve para apresentar os elementos constitutivos e constituintes de cada uma delas, o que permite identificar a racionalidade substantiva a partir dos limites ou nas fronteiras das racionalidade instrumental.

Este Quadro 2 será tomado como referência na reflexão acerca da coexistência das racionalidades no debate em torno da relação médico/paciente (Seção 2).

A síntese acerca da racionalidade, contida nos Quadros 1 e 2, possibilita retomar o diálogo com Weber, cuja análise tornou visível que nas mais variadas formas de coexistência entre as racionalidades o mundo ocidental fez vitoriosa a instrumental (FERNANDES, 2008), levando as mentes modernas à crença de que outras

racionalidades são apenas mitos que precisam ser abandonados e esquecidos. Os sistemas modernos de saber constituem-se e consolidam-se orientados por esse sistemático processo de fragmentação ou de, conforme a denúncia de Weber, “desencantamento do mundo”. Por “desencantamento”, na perspectiva do conhecimento científico, entenda-se fechamento ou negação de espaços para quaisquer outros sistemas de saber que resistam ao cálculo. Essa é a gênese do isolamento das ciências modernas, centradas na racionalidade instrumental, face a outros saberes, tais como os saberes caracterizados como não científicos.

O complicador é que o isolamento ocorre não apenas em relação aos “mitos” ou saberes não científicos, mas também em relação a outros saberes com pretensões de cientificidade. Por exemplo, as ciências biofísicas isolam-se quase que totalmente das ciências interpretativas ou hermenêuticas. A partir dessa fuga a qualquer possibilidade de diálogo, cada sistema de saber científico passa a falar para si mesmo. No domínio específico das ciências médicas, algumas descobertas fundamentais – apresentadas na seção seguinte - para a espécie humana conferiram às referidas ciências o “direito” de definir o que é doença e o que é o seu contraponto, a saúde. Até aqui há o predomínio da racionalidade instrumental, vez que não dá para falar em levar em conta as angústias, os sofrimentos profundos, as crenças e temores dos pacientes, pois a palavra final é monopólio dos saberes médicos. Outros saberes, tais como os antropossociológicos ou os saberes escondidos dos próprios pacientes, tendem a ser absolutamente desconsiderados ou, quando muito, tratados com desdém.

2. NOTAS ACERCA DA RELAÇÃO MÉDICO/PACIENTE

Se na seção 1 foram elaborados dois quadros que sintetizam os limites e as possibilidades da racionalidade para refletir acerca da relação médico/paciente, nesta seção a ideia-força é recorrer aos quadros com vistas a dialogar com alguns depoimentos de pacientes diante das formas de tratamento recebidas dos médicos.

A racionalidade que orienta as práticas médicas convencionais está centrada na crença de que a doença precisa ser definida em termos objetivos e que o restabelecimento do corpo será feito por intermédio de intervenções científicas, tais como medicamentos, cirurgias etc. Nesse modelo fundante do saber médico, não há espaço para outras racionalidades, pois o pressuposto é o de que as soluções científicas são suficientes para devolver condições saudáveis aos pacientes. A medicina projeta-se como possibilidade objetiva de garantir a felicidade plena do paciente. A definição do binômio saúde/doença, balizada apenas pelas ciências médicas, torna-se insuficiente à medida que reduz o ser humano à dimensão biológica de sua existência e, neste particular, alguns indicadores da insuficiência dos saberes médicos são repertoriados na abordagem sociológica de Giddens, para quem

a relação assimétrica de poder entre médicos e pacientes está no centro da escolha de certas pessoas de se beneficiar da medicina alternativa. Elas sentem que o papel dos “pacientes passivos” não lhes fornece informações o bastante sobre seu tratamento e sua cura (GIDDENS, 2005, p.129).

Note-se que o trecho torna visível a insatisfação de alguns pacientes ao serem tratados não como seres que pensam, vivenciam e refletem sobre suas doenças, mas como simples objetos de intervenção externa dos médicos. No fundo, o trecho revela que os pacientes descontentes com este tipo de tratamento estão pleiteando o direito de participar ativamente dos processos de cura. Não é por acaso que

alguns pacientes, por razões religiosas ou filosóficas rejeitam o núcleo duro da medicina ortodoxa, o tratamento do corpo separado da mente. Para estes pacientes que abandonaram a crença na separação entre corpo e mente, a medicina ortodoxa emerge como mais um obstáculo, à medida que não está acostumada a escutar suas angústias íntimas e profundas. Neste sentido, de acordo com o Quadro 2 (seção 1), fica evidenciada a presença do elemento constituinte número 5 da racionalidade substantiva, a descentralização do processo de cura do paciente.

No estudo de Caprara e Franco (1999) são repertoriados alguns depoimentos de médicos que se tornaram pacientes e, depois, decidiram relatar como as citadas experiências possibilitaram uma reavaliação de suas práticas centradas apenas na perspectiva médica, refêm de uma racionalidade instrumental. Um dos relatos é de um neurologista contando uma de suas aventuras em montanhas norueguesas que, ao ser perseguido por um touro, caiu e fraturou uma das pernas. A partir daí começou sua metamorfose no que se refere aos papéis sociais. Para ele, o significado profundo da mudança de papéis foi dramático, vez que vivenciou

a sistemática despersonalização que se vive quando se é paciente. As próprias vestes são substituídas por roupas brancas padronizadas e, como identificação, um simples número. A pessoa fica totalmente dependente das regras da instituição, perdem-se muitos dos seus direitos, não se é mais livre (SACKS citado por CAPRARA e FRANCO, 1999, p. 650).

Em perspectiva muito próxima do trecho acima, outro médico, um clínico geral, explicita como a vivência como paciente transformou radicalmente a sua percepção acerca da prática médica. Em seus termos,

no espaço de uma a duas horas, transformei-me, de um estado saudável, a uma condição

de dor, de incapacidade física. Fui internado. Eu era considerado um médico tecnicamente preparado e respeitado pelos colegas, no entanto, como paciente, tornei-me dependente dos outros e ansioso. Ofereciam-me um suporte técnico em que eu me submetia a um considerável nível de dependência (GEIGER citado por CAPRARA E FRANCO, 1999, p. 650).

O terceiro exemplo é o de um endocrinologista conceituado que se descobre atingido por uma doença degenerativa, a esclerose lateral. Após se convencer de que não mais adiantava esconder dos seus pares, buscou tratamento junto a um especialista. Era o início do desencanto face à frieza do seu antes colega. Em seus termos,

fiquei desiludido com a maneira impessoal de se comunicar com os pacientes. Não demonstrou, em momento nenhum, interesse por mim como pessoa que estava sofrendo. Não me fez nenhuma pergunta sobre meu trabalho. Não me aconselhou nada a respeito do que tinha que fazer ou do que considerava importante psicologicamente, para facilitar o enfrentamento das minhas reações, a fim de me adaptar e responder à doença degenerativa. Ele, como médico experiente, mostrou-se atencioso, preocupado, somente no momento em que me apresentou a curva da mortalidade da esclerose (RABIN e RABIN citado por CAPRARA e FRANCO, 1999, p. 650).

Os relatos tornam visíveis como a formação médica convencional permanece centrada apenas em aspectos biológicos, fisiológicos, clínicos, negligenciando outros domínios da condição e da existência humana, tais como a trajetória histórica não apenas do paciente em questão, mas dos grupos sociais aos quais esteve ou continua vinculado (SICARD, 1989, MACHADO, 1997; MOREIRA FILHO, 2005; MACIEL-LIMA, 2004 e 2009; MACIEL-LIMA e RASIA, 2012; COSTA e AZEVEDO, 2010; BALLESTER *et al.*, 2011, entre outros).

De acordo com o Quadro 2 (seção 1), revelam-se nos três trechos citados alguns elementos constituintes da racionalidade instrumental, o cálculo, a centralização e a escolha, todos eles negando espaços para outras racionalidades ou saberes do paciente. São indicadores, portanto, do predomínio da racionalidade instrumental sobre a racionalidade substantiva.

Outro estudo que aponta alguns limites das práticas médicas é o estudo de Amorim, Moreira e Carraro (2001) sobre a formação humana insuficiente de médicos e nutricionistas. O argumento principal dos autores é que a insuficiência da formação pediátrica está diretamente associada ao fato da formação médica continuar centrada no mecanicismo herdado de Descartes (1999). De acordo com o repertório de depoimentos que seguem (citados pelos autores), não há abertura para outras racionalidades.

A gente sai muito despreparada para lidar com a parte emocional do ser humano. Eu não tenho queixa, absolutamente nenhuma, da parte médica. Então, falha bastante a parte psicológica, psiquiátrica, que é muito mal administrada na Faculdade. Você sai sabendo tratar uma dor abdominal, por exemplo. Mas, se essa dor for de origem emocional, você tem que passar pra frente porque você não consegue, quando você sai, resolver (Sonia citada por AMORIM, MOREIRA e CARRARO, 2001, p. 113).

A Faculdade tem um grande problema: ela forma o profissional técnico, ela não forma o profissional humano. Então, quando você sai da Faculdade ou mesmo com a vivência, você sai com uma bagagem rica em formação técnica. Agora, o dia-a-dia, você não tem: a área social, o relacionamento, o vínculo médico/paciente, isso você não tem na Faculdade (Neusa citada por AMORIM, MOREIRA e CARRARO, 2001, p. 113).

Mais ou menos no 3º ano, que a gente começa a ter uma noção real da medicina prática, aí é que percebe que entrou no curso de Medicina. E eu percebi, entre os colegas, assim: é a fase de mais dúvida - o que é que

eu estou fazendo aqui - muitos colegas com depressão, porque não existe, como te falei, em nenhuma fase você tem amparo e preparo da parte emocional, psíquica, de tudo o que você vai começar a ver, paciente, doença (Marisa citada por AMORIM, MOREIRA e CARRARO, 2001, p. 113).

No meu caso, eu vi que não tinha a menor condição, que aquilo tudo era absurdo, de repente eu estar ali, dentro de um hospital, sem ter noção de nada, de diagnóstico, tratamento, aprendendo as coisas de ouvido: ah, trate assim. Então, você passa a ser um mero escriturário do que o outro médico está dizendo, mas você não sabe o que está fazendo e eu parei. [...] a gente passa por esse tipo de situação, sem orientação nenhuma, cada um vai fazendo o que acha que deve fazer (Marisa citada por AMORIM, MOREIRA e CARRARO, 2001, p. 114).

Você tem um grupo de docentes, que eu acho, ainda guarda aqueles aspectos fundamentais da Medicina, que é entender o ser humano como um todo, com sensibilidade na relação médico-paciente. Mas, por outro lado, existe um grupo de profissionais que representa muito a tecnologia. E eu acho que esse grupo está esquecendo um pouco do aspecto mais importante do ser humano, que é a sua identidade como um ser pensante, que tem dificuldades e desejos, que tem medos e que precisa ser entendido (Bruno citado por AMORIM, MOREIRA e CARRARO, 2001, p. 114).

Todos temos que ter muitos empregos, todos temos nossos horários de trabalho apertados. A gente acaba reduzindo a jornada de trabalho para conseguir os empregos. Então, se você atende as pessoas muito rápido e se você não está treinado, com olho clínico, com boa vontade de escutar o que a pessoa vai falar, isso faz com que caia o padrão da medicina, do médico que está atendendo (Carla citada por AMORIM, MOREIRA e CARRARO, 2001, p. 115).

Eu não tinha preparo e maturidade - a gente sai muito imatura da Faculdade, a gente sai super novinha, não tem consciência do que é lá fora - eu não tinha preparo para relações humanas. Acho que isso é uma coisa que precisa ser amadurecida, talvez um tempo maior de estágio, uma matéria, Sociologia, por exemplo, a gente tem no curso, mas é direcionada para uma coisa tão fora da realidade que a gente vai enfrentar (Telma citada por AMORIM, MOREIRA e CARRARO, 2001, p. 115).

A necessidade de estabelecer e manter vínculos com pacientes, identificada em cada trecho recortado, também ganha destaque no estudo de Maciel-Lima (2009), ao apresentar o depoimento de um profissional de saúde que trabalha no Setor de Transplante Hepático de um Hospital Público:

[...] a gente luta pra preservar isso [a relação médico-paciente]. Mas de uma maneira geral eu vejo que hoje em dia os pacientes sentem falta de um médico que escute e que fale, e que deixe os pacientes falarem, então eu acho que ao mesmo tempo em que a gente faz a medicina de ponta, aqui no transplante, a gente procura manter um pouco da atenção, do carinho para os pacientes... às vezes a visita no leito é rápida mas a gente fala três ou quatro frases com carinho, com atenção; eu acho importante (Arlete citada por MACIEL-LIMA, 2009, p. 74).

Note-se que a presença de elementos constituintes da racionalidade instrumental nos oito depoimentos pode ser caracterizada como obstáculo difícil de ser removido dos processos de gestão da cura dos pacientes. Em cada um dos depoimentos emerge a necessidade não de reduzir a formação específica dos profissionais de saúde, mas de complementá-la com outras habilidades localizadas em outros domínios de saber. Uma das habilidades mais pleiteadas pelos depoentes é a capacidade de estabelecer vínculos mais íntimos com os pacientes, uma vez que assim será possível ao profissional de saúde aprender e exercitar a capacidade de escutar as angústias e os

sofrimentos do *outro*. Fica demonstrado, mais uma vez, que a formação dos profissionais de saúde, centrada apenas na racionalidade instrumental, é fundamental, mas insuficiente.

Entretanto, nem tudo está perdido. As experiências relatadas abrem novos horizontes para a medicina sem que a mesma perca sua identidade como sistema de saber fundamental à gestão da cura dos pacientes. Não há necessidade dos médicos convencionais migrarem ou se transformarem em psicólogos, sociólogos, antropólogos ou pajés. O que os relatos ensinam é que a participação dos pacientes na gestão de seu próprio processo de cura projeta-se como necessidade imperativa. Emerge então a necessidade de se pensar o binômio saúde/doença a partir de outras racionalidades complementares que estão na base de algumas formulações presentes na Sociologia do corpo, na Antropologia da saúde e em práticas médicas pouco convencionais tais como a homeopatia, a acupuntura, a cura pela água, a quiropraxia, dentre outras.

A despeito do predomínio – ainda que estremecido - do discurso “biologizante” sobre os outros domínios da vida associativa no Ocidente, é imperativo ressaltar que as fronteiras entre saúde e doença são estabelecidas não apenas biologicamente, mas também socioculturalmente. Uma das principais contribuições da Sociologia do corpo é que os corpos humanos são fortemente marcados pelas influências e condicionantes socioculturais, que não podem ser deixadas de ser consideradas em processos de gestão do binômio saúde/doença.

Em parte, é possível creditar a vitória do discurso “biologizante” aos inegáveis avanços da bacteriologia, no início do século XX, bem como às conquistas da biogenética e às pesquisas do genoma, nas últimas décadas do mesmo século. A partir de tais conquistas, parece ter ficado garantida a “reserva” de mercado, o direito dos saberes

médicos de monopolizarem as definições e de estabelecerem fronteiras entre saúde e doença. Outros sistemas de saber – distintos da medicina – passam a ser caracterizados como não competentes ou não autorizados a discursarem sobre o binômio saúde/doença. Tal posicionamento fechado, uma vez hegemônico, deixou de fora as contribuições da Sociologia do corpo e da Antropologia da saúde, que admitem que tudo que afetar o corpo ou o espírito (saúde e doença), à medida que passa pela mediação sociocultural tende a ir além da medicina. Note-se que ir além da medicina, não significa negá-la, mas complementá-la.

3. O LUGAR DA RACIONALIDADE SUBSTANTIVA

Na seção 2, os depoimentos tornaram visíveis as insatisfações que emergem da relação médico-paciente. Os pacientes não se sentem como seres humanos, mas como “coisas” e neste sentido a relação médico/paciente deixa de ser um problema apenas individual de cada paciente para se transformar um alerta a todos os profissionais da saúde acerca desta complexa relação com pessoas fragilizadas e vulnerabilizadas pela enfermidade. Dando seguimento a esta linha de raciocínio, a ideia-força desta seção é indicar que nas fronteiras de práticas regidas por uma racionalidade instrumental emergem outros saberes que podem colaborar com os processos de gestão da cura dos pacientes.

3.1 EMERGÊNCIA DE OUTROS SABERES

Tanto a sociologia do corpo quanto a antropologia da saúde, ao incorporar ideias e práticas de grupos diversos, classificadas como aberrações, patologias, desvios, frutos da ignorância e do “atraso” cultural, vão além das racionalidades instrumentais que orientam o universo da ciência convencional.

Ao enveredar por esse mundo ainda não aceito pelos profissionais da saúde, a antropologia, por exemplo, incorpora outras racionalidades, próprias às novas possibilidades de entendimento e da gestão dos processos de cura dos pacientes. A antropologia da saúde admite a existência de uma variedade de percepções e tratamentos adotados pelos reabilitandos e, ao fazer isso, rompe com o pensamento unidimensional que apenas admite uma única forma, reputada universal e correta para a reabilitação. O ano de 1970 é o ano da emergência da antropologia da saúde no Brasil não para competir, e sim cooperar com a saúde pública e com a medicina. Para tentar explicitar momentos de possíveis aproximações e de distanciamentos entre o biológico e o sociocultural, as formulações antropológicas tomaram como referência analítica o corpo, a saúde e a doença. Isso explica no que concerne às agendas de pesquisa das ciências sociais interessadas no debate da saúde, a incidência de temas estudados, tais como:

2. Representações da saúde;
3. Representações das doenças;
4. Representações do corpo em diferentes grupos populacionais;
5. Os significados de doenças específicas como AIDS, hanseníase, tuberculose, deficiências físicas e mentais, tanto para os doentes quanto para os que deles cuidam.

A partir das parcerias envolvendo saberes socioculturais e médicos, muitas abordagens, antes autodeclaradas médicas, começaram a importar (FLORIANI, 2003) conceitos, metodologias e técnicas usadas e reinventadas por antropólogos e sociólogos com vistas a aumentar a eficácia dos processos usados para salvar pessoas. É possível caracterizar este processo como um compromisso entre os dois domínios de saber, pois tanto as ciências médicas quanto as ciências antropológicas retornam de tais

encontros renovadas e mais conscientes de suas insuficiências quando tratam isoladamente do paciente e de suas potencialidades quando cuidam do mesmo em conjunto.

Trata-se de uma fértil parceria entre sistemas de saber historicamente separados e que, ao se juntarem, projetam-se como poderosos instrumentos emancipatórios, pois aproximam saberes socioculturais, que intervêm nos espíritos, de saberes que intervêm no corpo. Talvez não seja esta parceria, centrada em uma racionalidade substantiva, capaz de resolver todos os problemas teóricos e práticos da saúde pública brasileira, mas certamente apresenta novos lampejos, outras formas de produzir conhecimentos e práticas com poderes emancipatórios e de cura.

3.2 PRIMEIRO ENCONTRO SUBSTANTIVO DE SABERES

Um dos exemplos dessa nova parceria foi a pesquisa de Dias (2003) realizada em uma área periférica de Porto Alegre, com elevada incidência de casos de HIV. Vale a pena recordar ou ressaltar que a AIDS surge no cenário mundial das doenças terríveis como um mal pertencente ao *outro*, a alguém que está fora do *meu* grupo territorial. A AIDS passou a ser carimbada como síndrome de grupos reputados de *risco* ou de relações *condenáveis* e *promíscuas* (DIAS, 2003, p. 9). À medida que a doença citada invadiu as mais variadas camadas sociais brasileiras, aquele distante e promíscuo *outro* tornou-se muito próximo. Tornou-se, em vários casos, um parente, um amigo, um vizinho, um colega de classe ou de trabalho. No estudo citado, se, de um lado, a transformação da doença do *outro* distante em *outro* próximo não implicou maior conscientização em termos preventivos, de outro lado, aumentou a lista de atitudes de rejeição do *outro* próximo,

tais como a rejeição de contatos físicos superficiais, de uso de pratos, copos e talheres, todas práticas cientificamente descartadas como perigosas. A aproximação da doença produziu na população estudada uma espécie de banalização, tornando a AIDS uma doença absolutamente normal como outra qualquer. A terrível doença do *outro* distante foi metamorfoseada em uma doença de *qualquer um*.

O que se infere da experiência explicitada é que as exortações preventivas do saber biomédico não penetram facilmente no imaginário da população. O saber antropológico, ao contrário, ao desvendar a referida dificuldade proporciona ao saber médico novas abordagens para aumentar sua eficácia no processo de neutralização da doença. Mais uma vez, fica demonstrado que o saber médico, atuando isoladamente, é ineficaz em seus propósitos iniciais de cura e posteriores, de prevenção. A capacidade de observar e escutar atentamente os anseios do *outro*, o doente e seus pares, é uma técnica de pesquisa mais desenvolvida, sofisticada e praticada pelos antropólogos e é essa contribuição que será fundamental às novas intervenções do saber e das práticas médicas.

Ao se captar das percepções da população acerca da doença, o saber médico potencializa sua eficácia para combater os avanços da doença. O combate à doença deixa de ser expediente impositivo e se torna espaço permanente de negociação entre saberes antropológicos, médicos e populares, inaugurando-se, assim, a possibilidade de uma gestão participativa dos processos de prevenção e de cura dos pacientes, que é um dos indicadores dos elementos constitutivos e constituintes da racionalidade substantiva (Quadros 1 e 2; seção 1).

3.3 A NECESSIDADE DAS RACIONALIDADES SUBSTANTIVAS

A presente subseção destaca a necessidade da racionalidade substantiva nas experiências de gestão dos processos de cura. Para tanto, recorre ao estudo de Maciel-Lima (2004) que, indiretamente apresenta um elenco de situações envolvendo profissionais da saúde e pacientes, como indicadores dos impactos negativos provocados nos pacientes pela ausência elementos constituintes da racionalidade substantiva. São depoimentos de profissionais da saúde que têm o primeiro contato com o paciente, antes dele efetivamente ser consultado pelo médico.

[o relacionamento com o usuário] hoje está mais difícil, você tem que ficar olhando pra tela, prestando atenção no que você está escrevendo [risadas] e antes a gente tinha mais tempo, ou você faz ou fica conversando com o paciente (Auxiliar de Enfermagem citada por MACIEL-LIMA, 2004, p. 505).

[...] eu acho que houve uma distância entre o profissional e o paciente. Porque a gente se preocupa tanto com a tela e o paciente, ele fica [...] mais inibido em falar porque ele acha... ah... vamos falar a verdade... a gente só fala quando alguém olha nos olhos... principalmente quando você está com dor, o paciente quer que você acredite que ele está com dor... e com o computador você fica olhando pra tela e “o que o senhor tem”? sabe... tira aquele laço do paciente com o funcionário (Enfermeira citada por MACIEL-LIMA, 2004, p. 505).

[...] às vezes o usuário chega com problemas, com dores, angústias e só com uma conversa melhoram, mas com a falta de tempo das auxiliares, o paciente passa rapidamente pela triagem e vai para a consulta, o médico receita algum medicamento que, talvez, pudesse ser desnecessário se o paciente tivesse tido atenção anterior. Os pacientes ficam de lado. Parece mais um “atropelamento

solidário” e não “acolhimento solidário” (Auxiliar de Enfermagem citada por MACIEL-LIMA, 2004, p. 507).

De acordo com os Quadros 1 e 2, os trechos revelam que, se, por um lado, a inserção do computador entre profissional de saúde e paciente emergiu como vantagem em termos tecnológicos, pois os processos de cadastramento foram acelerados, por outro, o tempo para escutar atentamente o paciente ficou prejudicado. Essa negação ou redução dos espaços de escuta dos pacientes pode ser interpretada como negação dos espaços de participação de um dos atores sociais – o paciente – na gestão dos processos de cura. Não é por acaso que no terceiro depoimento emerge um trocadilho – “parece mais um ‘atropelamento solidário’ e não ‘acolhimento solidário’” – revelador do predomínio da racionalidade instrumental sobre a racionalidade substantiva e, junto a isso, a negação das possibilidades de cooperação entre os saberes médicos e populares no processo de neutralização ou avanço das doenças.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo atinge seu objetivo ao demonstrar que a necessidade de coexistência entre os saberes médicos, antropossociológicos e dos pacientes, emerge como necessidade civilizatória, uma vez que põe em dúvida o predomínio abusivo da racionalidade instrumental sobre a substantiva nos processos de gestão dos processos de prevenção e de cura dos pacientes. Fica igualmente demonstrado que a ausência de elementos constituintes da racionalidade substantiva, materializada nos saberes antropossociológicos e populares, caracteriza-se mais como obstáculo do que como alavanca aos processos de neutralização das doenças que afligem as populações.

Tais demonstrações podem emergir como modestos alertas a futuras políticas públicas orientadas à gestão do binômio saúde/doença. Se por um lado, intervenções orientadas pela racionalidade instrumental, por serem centralizadas e unidimensionais, são mais rápidas, por outro, intervenções negociadas, embora mais demoradas, podem ser mais sólidas em termos emancipatórios. Pode ser que o principal segredo de uma gestão bem sucedida do binômio saúde/doença esteja associado à capacidade de “escutar” e respeitar as diferenças biológicas e socioculturais dos pacientes. Contudo, é oportuno enfatizar que não se trata, em nome dos saberes dos pacientes, de abandonar os avanços fundamentais da medicina, mas de estimular a coexistência, a complementaridade de saberes com vistas a um objetivo mais amplo: a auto-realização, a felicidade dos pacientes, pois, conforme a

epígrafe que traduz de forma ímpar a ideia-força deste artigo “[...] *un ser humano enfermo es un Díos/Diosa que se ignora*” (LANCTÔT, 2002, p. i).

RACIONALIDADE INSTRUMENTAL	RACIONALIDADE SUBSTANTIVA
<p>1. Da abordagem sociocultural de Serva, as racionalidades instrumentais emergem de ações baseadas “[...] no cálculo, orientadas para o alcance de metas técnicas ou de finalidades ligadas a interesses econômicos ou de poder social, através da maximização dos recursos disponíveis” (SERVA, 1997, p.122-3).</p> <p>2. De abordagens socioambientais complementares, as racionalidades instrumentais estão associadas a:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Menor preocupação com a complexidade; b) Ênfase no cálculo abstrato; c) Ênfase no “universal”; d) Pouca preocupação com a incorporação do outro; e) Ênfase no antagonismo; f) Muita atenção ao dualismo que separa a sociedade da natureza; g) Ênfase no global. 	<p>1. Da abordagem sociocultural de Serva, as racionalidades substantivas emergem de ações orientadas “[...] para duas dimensões; na dimensão individual, referem-se à auto-realização, compreendida como concretização de potencialidades e satisfação; na dimensão grupal, referem-se ao entendimento, nas direções da responsabilidade e da satisfação socioambiental” (SERVA, 1997, p.122-3).</p> <p>2. De abordagens socioambientais complementares, as racionalidades substantivas estão associadas a:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Maior preocupação com a complexidade; b) Ênfase no cálculo concreto; c) Ênfase nas singularidades; d) Maior preocupação com a incorporação do “outro”; e) Ênfase na complementaridade; f) Pouca atenção ao dualismo que separa a sociedade da natureza; g) Ênfase no local.

QUADRO 1 - RACIONALIDADE SUBSTANTIVA E INSTRUMENTAL

FONTE: Inspirado e adaptado a partir de SERVA, 1996; SERVA, 1997; LEFF, 2001a; LEFF, 2001b; LEFF, 2003; LEFF, 2006; MORIN, 2003; FLORIANI, 2004.

ELEMENTOS CONSTITUINTES E CONSTITUTIVOS DA RACIONALIDADE INSTRUMENTAL	ELEMENTOS CONSTITUINTES E CONSTITUTIVOS DAS RACIONALIDADE SUBSTANTIVA
<p>1. Cálculo – Ações centradas no imediatismo da biomedicina, sem preocupações com os pacientes;</p> <p>2. Fins – Para os fins não é necessário julgamento ético; o núcleo duro da atividade de gestão da saúde/doença é o médico, não o paciente.</p> <p>3. Maximização de recursos - busca da eficácia e da eficiência máximas na gestão da saúde/doença sem preocupações com as angústias e sofrimento dos pacientes.</p> <p>4. Heteronomia – A disputa excessiva entre as racionalidades proporciona a emergência de obstáculos à coexistência dos saberes médicos e dos pacientes;</p> <p>5. Centralização – Negação deliberada ou velada de espaços para participação dos pacientes no processo de gestão do binômio saúde/doença.</p> <p>6. Escolha – Sempre que ocorre é determinada pela vontade dos profissionais da saúde, não pelas necessidades dos pacientes.</p>	<p>1. Auto-realização - ampliação de espaços para o desenvolvimento das potencialidades próprias aos pacientes; Direito à vida para todos.</p> <p>2. Entendimento - ações pelas quais estabelecem-se consensos, coordenando atividades comuns sob a égide da responsabilidade e da satisfação dos pacientes; cooperação entre as racionalidades envolvidas sem negação dos conflitos;</p> <p>3. Julgamento ético dos meios e fins - deliberação baseada na emergência da capacidade de se indignar face a possíveis abusos contra os pacientes; embora o médico seja importante, o núcleo duro da atividade de gestão é o paciente;</p> <p>4. Autonomia - condição plena de coexistência dos saberes médicos e dos pacientes, respeitando-se suas diferenças.</p> <p>5. Descentralização – Ampliação de espaços para a participação efetiva dos pacientes nos processos de gestão do binômio saúde/doença;</p> <p>6. Escolha – Sempre que ocorre não é determinada pela vontade dos profissionais da saúde, e sim pelas necessidades dos pacientes;</p>

QUADRO 2 - ELEMENTOS CONSTITUINTES E CONSTITUTIVOS DAS RACIONALIDADES

FONTE: Inspirado e adaptado a partir de SERVA, 1996, SERVA, 1997; LEFF, 2001a; LEFF, 2001b; LEFF, 2003; LEFF, 2006; MORIN, 2003; FLORIANI, 2004.

REFERÊNCIAS

AMORIM, S. T. S. P. de; MOREIRA, H.; CARRARO, T. E. A Formação de Pediatras e Nutricionistas: a dimensão humana. **Rev. Nutrição**, v.14, n.2, Campinas, maio/ago.2001.

BALLESTER, D. *et al.* Avaliação da consulta médica realizada por ingressantes na residência de pediatria. **Rev. bras. educ. med.**, v. 35, n. 3, p. 389-397, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n3/a13v35n3.pdf>> Acesso em 15 dez 2013.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. e S. A Relação Paciente-Médico: para uma humanização da prática médica. **Cad. Saúde**, v.15, n.3, Rio de Janeiro jul./set.1999. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n3/0505.pdf>> Acesso em 10 dez 2013.

COSTA, F. D. da; AZEVEDO, R.C.S. de. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. **Rev. bras. educ. med.**, v. 34, n. 2, p. 261-269, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n2/a10v34n2.pdf>> Acesso em 15 dez 2013.

DESCARTES, R. **Descartes: vida e obra.** São Paulo: Nova Cultural, 1999. (Os Pensadores).

DIAS, S. O. O estudo da saúde e da doença. **Ciência e Cultura**. v. 55, n.4, p. 9-9 out./nov/dez. 2003. Disponível em <<http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v55n4/a06v55n4.pdf>> Acesso em 10 dez 2013.

FERNANDES, V. A racionalização da vida como processo histórico: crítica à racionalidade econômica e ao industrialismo. **CADERNOS EBAPE.BR**, v. 6, n.3, Set. 2008, p.1-20. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/cebape/v6n3/v6n3a02.pdf>> Acesso em 12 dez 2013.

FLORIANI, D. **Conhecimento, Meio Ambiente e Globalização.** Curitiba: Juruá, 2004.

_____. **Epistemologia Ambiental/Oficina de Teoria e Metodologia.** Curitiba: Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento, UFPR, primeiro semestre de 2003.

GIDDENS, A. **Sociologia.** 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

LANCTÔT, G. *La mafia médica: como salir com vida de la prueba y recuperar salud y prosperidad.* Jaca/Huesca/España: Ediciones Vesica Piscis, 2002. Disponível em <<http://teatrevesadespertar.files.wordpress.com/2012/07/la-mafia-medica.pdf>> Acesso em 14 dez 2013.

LEFF, E. **Epistemologia Ambiental.** São Paulo: Cortez, 2001a.

_____. **Saber Ambiental:** sustentabilidade, racionalidade, complexidade, poder. Petrópolis: Vozes, 2001b.

_____. Pensar a complexidade ambiental. In: LEFF, Enrique (Coord.). **A Complexidade Ambiental.** São Paulo: Cortez, 2003, p.15-64.

_____. **Racionalidade Ambiental:** a reapropriação social da natureza. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

MACHADO, M. H. **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MACIEL-LIMA, S. M. Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 502-511, 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/18.pdf>> Acesso em 10 dez 2013.

MACIEL-LIMA, S. M. **No fio da sutura**: um estudo sociológico sobre a equipe multidisciplinar do Serviço de Transplante Hepático do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. 170f. Doutorado (Sociologia). Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2009.

MACIEL-LIMA, S. M.; RASIA, J. M. As imagens não falam por si mesmas: um estudo sociológico da equipe do transplante hepático. **Saúde Soc.** v. 21, n. 1, p. 42-51, jan.-mar. 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n1/06.pdf>> Acesso em 10 dez 2013.

MOREIRA FILHO, A. A. **Relação médico-paciente**: teoria e prática. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2005.

MORIN, E. **Ciência com Consciência**. 7.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

SERVA, M. R. **Racionalidade e Organizações**: o fenômeno das organizações substantivas. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas (Tese de doutoramento), 1996.

_____. Abordagem substantiva e ação comunicativa: uma complementaridade proveitosa para a teoria das organizações. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro: v. 31, n.2, p. 108-134, mar/abr, 1997.

SICARD, D. Corps et images du corps. L'Hôpital à vif. L'état des lieux. Paris: **Autrement**, n. 109, septembre, p. 37-40. 1989. (Série Mutations n.º 109). Entrevista.

WEBER, M. **Ensaio de Sociologia**. 4.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1970.

*Recebido em 06/01/2014
Aprovado em 10/02/2014*