

XXIX CONGRESSO INTERNACIONAL DA ASSOCIAÇÃO  
LATINOAMERICANA DE SOCIOLOGIA (ALAS)  
29 de setembro a 04 de outubro, 2013 – Santiago de Chile, Chile.

## **Racionalismo e Empirismo na biomedicina: filosofia médica?**

GT01 - Ciência, Tecnologia e Inovação.

Coordenação: Claudio Ramos (Chile); Ronald Cancino (Chile); Maíra Baumgartem (Brasil); Silvia Lago Martínez (Argentina); Pineda Ibarra (COSTA RICA); Silvia Lago Martínez (ARGENTINA)

Teógenes Luiz Silva da Costa<sup>1</sup>  
Universidade Federal da Paraíba – UFPB  
teogeneslsc@yahoo.com.br

### **Resumo**

Desde a graduação, realizo estudo sociológico sobre a utilização de uma técnica médica, não reconhecida como cientificamente válida no Brasil, refiro-me à Auto-Hemoterapia (AH). A pesquisa chama atenção para o fato de ser preocupante a diminuição da importância da terapêutica, ou seja, da prática médica propriamente dita, pois, a produção de conhecimento biomédico deixa de estar figurada no médico e na sua vivência prática (no tratamento dos doentes nos consultórios médicos) e passa a ser realizada por grupos de pesquisa farmacêuticos.

Com o processo de produção de conhecimento médico indo parar nas mãos da indústria farmacêutica, ocorreu um movimento de declínio da importância dada à atividade terapêutica. Esta pesquisa reflete sobre a relação entre diagnose e terapêutica, racionalismo e empirismo.

### **1 – Introdução**

A presente exposição é decorrência de pesquisa realizada durante o curso de mestrado em Sociologia, pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB, desenvolvida entre 2011 e 2013. O estudo em questão busca entender os processos de produção de controvérsias<sup>2</sup> tendo a ciência como domínio de referência na validação do “saber” e do “fazer” médico, atuando no mecanismo de produção de práticas e conhecimentos de saúde nas sociedades ocidentais, o estudo focalizou-se em um procedimento médico específico, refiro-me à Auto-Hemoterapia (A.H), prática de saúde não reconhecida como cientificamente válida pela biomedicina moderna e que, portanto, possui sua utilização proibida pelo Estado brasileiro, através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

---

<sup>1</sup> Mestre em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba.

<sup>2</sup> Aquilo a que denomino *controvérsia* é observado nos estudos de Shinn & Ragouet (2008) e traduz a ideia de conflitos que se referem às diversificadas conceitualizações sobre o que seja a atividade científica e sobre quais são as suas características.

Tal técnica consiste na retirada de sangue do próprio indivíduo em tratamento, denominado, “sangue autólogo<sup>3</sup>”, e sua imediata aplicação no mesmo indivíduo (geralmente no músculo), cujo objetivo consiste na alegada potencialização do sistema imunológico. O que desperta atenção nesta pesquisa, é que apesar da “proibição” imputada aos profissionais da área de saúde, persiste certo número de trabalhadores desta área, no Brasil, que a consideram uma prática de saúde que permite a potencialização do sistema imunológico, portanto, consideram-na válida. Vale ressaltar que, por se tratar de uma prática proibida, os profissionais que a utilizam exigem total sigilo de seus clientes, para que eles não se comprometam. No entanto, este não é o foco principal desta comunicação.

Diante desse aspecto (ato proibitivo imputado à utilização da A.H por profissionais da área da saúde), algumas questões surgiram, por exemplo: como funciona a produção/legitimação da medicina (incluindo a sua dimensão prática, também conhecida como terapêutica, e a do conhecimento, também denominada diagnose) nas sociedades ocidentais modernas? Intenciona-se problematizar a ordem médica enquanto domínio legítimo de produção de práticas de saúde, a partir da discussão sobre a Auto-Hemoterapia (AH) como um procedimento que provoca controvérsias acerca de: formas de validade do conhecimento produzido, bem como a institucionalização de práticas de saúde como parte da lógica ou *racionalidade médica*<sup>4</sup> (CAMARGO JR., 1992, 2005; TESSER; LUZ, 2008).

A presente exposição, como falado anteriormente, baseia-se em minha pesquisa de mestrado. Naquela pesquisa foram entrevistados médicos envolvidos na polêmica aqui em questão, bem como foi utilizado documentos referentes à problemática, material utilizado como “matéria-prima” utilizada nos estudos que originaram o trabalho final de mestrado. No entanto, por conta do espaço reduzido, não será viável trazer o material colhido durante as pesquisas de campo para esta explanação.

## 2 – Racionalidade ou racionalidades biomédicas

A ideia de racionalidade aplicada à biomedicina pode ser conceitualizada da seguinte forma: “Uma racionalidade médica é um conjunto integrado e estruturado de práticas e saberes” (TESSER; LUZ, 2008, p. 196). O conceito *racionalidades* médicas, foi desenvolvido pelo grupo de pesquisa Racionalidades Médicas<sup>5</sup>. Baseando-me em alguns estudos do mencionado grupo de pesquisa, logo percebo a inevitabilidade de admitir a existência de várias racionalidades, isso porque o conceito *racionalidade médica* expressa a seguinte ideia: “forma de organizar a realidade” referente aos processos de saúde/doença, as quais são variadas. As pesquisas de campo por mim realizadas possibilitaram-me a percepção de que realmente há uma “dimensão teórica valorativa” no que diz respeito à atividade médica, que corresponde a, como bem

<sup>3</sup> Sangue autólogo é “quando o doador e o receptor são a mesma pessoa” (VANE & GANEM, 2006: 291).

<sup>4</sup> O conceito de racionalidade que pretendo desenvolver neste trabalho é tirado, primariamente, dos estudos desenvolvidos por Weber e que, posteriormente, foram assimilados e alargado pela área da medicina social e adquiriu a forma de *racionalidades médicas*. Pretendo discutir com maior profundidade esta temática mais à frente.

<sup>5</sup> “**Racionalidades Médicas** (RM) é uma linha de estudos iniciada no **Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro** (IMS-UERJ) em 1991. Hoje a linha é desenvolvida em várias unidades acadêmicas do Brasil, sendo também um **Grupo de Pesquisas do CNPQ** sediado na **Universidade Federal Fluminense** (UFF) e liderado pela **Profª Drª Madel Luz**. Os estudos do grupo abrangem comparações em nível teórico e prático entre **sistemas médicos complexos**, como a Medicina Ocidental (Biomedicina), a Homeopatia, a Medicina Tradicional Chinesa, o Ayurveda e outros”. Disponível em: < <http://racionalidadesmedicas.pro.br/sobre/> >. Acesso em: 07/05/2012.

ressalta Camargo Jr., uma concepção que foi construída sobre o que é a ciência e o que orienta o cotidiano desses profissionais, a saber:

A Biomedicina vincula-se a um ‘imaginário científico’ correspondente à racionalidade da mecânica clássica, caminhando no sentido de isolar componentes discretos, reintegrados *a posteriori* em seus ‘mecanismos’ originais. O todo desses mecanismos é necessariamente dado pela soma das partes – eventuais inconsistências devem ser debitadas ao desconhecimento de uma ou mais ‘peças’ (CAMARGO JR., 2005, p.178).

Ou seja, a visão cartesiano-mecanicista de ciência, que ainda hoje é uma das mais aceitas no meio científico (apesar de haver outros paradigmas como aponta Almeida, 2011), pelo menos nas áreas ditas “exatas”, preconiza uma tríade teórica como pilar de sustentação de suas explicações: busca da universalidade de proposições; toma como modelo explicativo a mecânica clássica (que se baseia na física newtoniana) e, por fim, a ciência possui caráter analítico (TESSER; LUZ, 2008),

Uma racionalidade médica é um conjunto integrado e estruturado de práticas e saberes composto de cinco dimensões interligadas: uma morfologia humana (anatomia, na biomedicina), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica (explicativa do que é a doença ou adoecimento, sua origem ou causa, sua evolução ou cura), todos embasados em uma sexta dimensão implícita ou explícita: uma cosmologia (TESSER; LUZ, 2008, p.196).

Desse modo, o que se pode entender por *racionalidade médica* é uma forma de apreender a “realidade” do mundo, ainda que se venha a dizer que é apenas uma parcela da realidade, ou seja, o mundo biomédico. Além dessa concepção portadora de um viés teórico, no que diz respeito à conceitualização da racionalidade biomédica, há outra que se apoia, sob medida, no que poderíamos facilmente aludir a uma “concepção prática” da racionalidade biomédica, pois, nem sempre o tratamento de doenças, ou seja, o desempenho da atividade médica, esteve ligado à racionalidade científica, e “é com a ciência que o conhecimento torna-se um fim em si mesmo (...) que (...) caracteriza o deslocamento simbólico de valorização do saber chamado científico nas sociedades ocidentais (NEVES, 2008, p.20).

Esta outra concepção relativa à atividade médica diz respeito à prática propriamente dita, ou, como alguns denominam, à medicina enquanto arte de curar. Essa “arte” é conhecida como terapêutica entre o meio médico e distingue-se da dimensão teórica, denominada diagnose.

Não é preciso que eu me atenha com exatidão ao fato de que nós, seres humanos, produzíamos conhecimento sobre a realidade à nossa volta antes de “inventarmos” a ciência. Na antiguidade clássica, por exemplo, igualmente à modernidade, existia “medicina” (mesmo que ligada à esfera religiosa), mesmo que não sob a égide da racionalidade científica.

Com relação ao questionamento sobre se há racionalidade, no singular, ou racionalidades, no plural, as pesquisas desenvolvidas pelo grupo liderado por Luz

apontam para o seguinte:

Com isso, o grupo de Luz pôde estudar medicinas complexas, (...) tendo produzido quadros comparativos sintéticos de quatro medicinas, analisadas como racionalidades médicas: a biomedicina, a medicina tradicional chinesa, a ayurveda e a homeopatia. Muito diversas, embora permitindo algum grau de comparação, estas medicinas mostram-se como portadoras de razão médica e de eficácia terapêutica próprias, coerentes com seu estilo de pensamento, contradizendo o senso comum de que somente a biomedicina seria portadora de racionalidade (TESSER; LUZ, 2008, p.196).

Desse modo, aquele grupo de pesquisadores categorizou variadas formas de atividade médica. No trabalho de classificação realizado pelo grupo, foi utilizado o modo como se produziam os conhecimentos relativos à atividade médica, ou seja, à epistemologia, ou ao estilo de pensamento de cada uma das formas de medicina estudadas como parâmetro para classificá-las.

Assim, foi visto que todas as formas identificadas possuíam uma “razão médica”, ou seja, uma forma pela qual se auto justificavam enquanto atividade médica. No entanto, torna-se crítico o não reconhecimento (por parte de representantes da biociência, ou da biomedicina) de outras formas de lidar com o processo de saúde-doença, pois a biomedicina, ao tornar-se hegemônica, adotando uma visão cientificista ortodoxa da atividade médica, enxerga

as medicinas paralelas (...) como o retorno de um obscurantismo que a ordem médica biologizante pensava ter vencido. Sua história [das medicinas paralelas] só pode então associar-se à história das mentalidades chamadas pré-lógicas ou pré-rationais. Na melhor das hipóteses, devem ser encaradas como ilusões científicas ou pseudociências (LAPLANTINE; RABEYRON, 1989, p.24).

Desse modo, julgando irracionais práticas de cura que não adotam a racionalidade médica moderna, as autoridades biomédicas, por vezes, deflagram verdadeiras “caças às bruxas” em relação aos procedimentos não ortodoxos. Esta é a minha percepção em relação à AH, uma vez que o CFM ao apontar a técnica aqui em questão como não cientificamente comprovada, devido ao fato de não obedecer aos parâmetros metodológicos reconhecidos como verdadeiros, está, na verdade, desqualificando-a, colocando-a no plano da irracionalidade.

### **3 – Compreendendo o discurso de autoridade na ciência**

Este tópico tenta responder a um dos questionamentos iniciais daquela pesquisa de mestrado, a saber: como, na atualidade, são validados os conhecimentos biomédicos. Na atualidade, uma prática/terapêutica/tratamento que queira se colocar no *rol* dos procedimentos biomédicos legítimos, necessita obedecer a certas etapas no intuito de ser reconhecida como cientificamente válida. O renomado médico Eduardo Almeida, em seu livro *As razões da terapêutica: racionalismo e empirismo na medicina* (2011),

realizou longo estudo sobre o modo como a moderna medicina produz e valida os conhecimentos na área.

O processo atual e mundial de validação da medicina está centrado essencialmente nos chamados Estudos Duplo-Cego Randomizados ou, *Randomized Controlled Clinical Trials* (RCCT). Os estudos clínicos de observação ou os testes clínicos de seguimento simples não randomizados e não comparativos surgem na medicina com os trabalhos de observação clínica de Hahnemann, na época, chamados de estudos em *anima nobilis*. A medicina de Hahneman e o seu método eram essencialmente empíricos. Na primeira metade do Século XX, a epidemiologia inglesa começa a sua marcha na construção do método hoje hegemônico dos RCCTs. Inicialmente, buscava-se identificar nexos causais entre um determinado fator e uma doença (ALMEIDA, 2011, p.176).

Almeida (2011), ao realizar essa caracterização da metodologia legitimada entre a moderna biomedicina (os RCCTs) – que são produtos dos desenvolvimentos teóricos da ciência clássica, expõe a seguinte questão:

Na primeira metade do Século XX, a epidemiologia inglesa começa a sua marcha na construção do método hoje hegemônico dos RCCTs. Inicialmente, buscava-se identificar nexos causais entre um determinado fator e uma doença. O primeiro grande estudo foi onexo causal entre o tabagismo e o câncer de pulmão. Aqui cabe um comentário bastante ilustrativo da lógica que passa a orientar o pensamento médico. O médico e epidemiologista Richard Doll, líder dessa pesquisa, contou que foi despertado para o estudo, quando certa vez, passando pela a enfermaria de pneumologia do hospital em que trabalhava, resolveu folhear os prontuários, e notou serem tabagistas quase todos os internados com câncer de pulmão. Saiu dali e resolveu montar um RCCT para avaliar a relação tabagismo e câncer de pulmão. Usou para tal os médicos ingleses. O resultado é de conhecimento de todos. Precisou-se de mais 20 anos para constatar através de RCCT a relação tabagismo e doenças cardiocirculatórias, e uns 25 anos para a relação tabagismo e outros cânceres. Aqui já se delineava claramente o estilo de pensamento que passou a dominar o pensamento médico. Estabeleceu-se o consenso, avançou-se no sentido da institucionalização e chegou ao estágio atual que chamo de “*Ditadura do CCTs*” (ALMEIDA, 2011, p.177).

Antes de os RCCTs serem hegemônicos no processo de legitimação de procedimentos médicos, era a terapêutica (ou seja, a dimensão “artística”, o cuidado médico) que, sendo exitosa, era parâmetro de validade. Essa mudança se deu com a adesão da medicina a concepções científicas modernas, ao modo de produção de conhecimento obedecendo ao modelo mecânico-cartesiano. Mas seria a medicina uma ciência? Essa pergunta, realizada por Almeida (2011), deixou-me atento ao fato de

entender se uma mudança na forma de se pensar a atividade médica faria com que ela deixasse de ser medicina.

O autor expõe algo que, demorei para perceber e que é levado ao senso comum como uma verdade: o fato de a medicina forjar, ao introduzir em seu ofício os ganhos tecnológicos mais modernos, entre a sociedade, a ideia de que é, igualmente às demais tentativas de explicação da realidade, uma ciência. Mas será que apenas adotando alguns preceitos científicos a medicina passa a ser ciência? Enxergo a seguinte resposta:

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, 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 (MARTINS, 2004, p. 24).

Ao que parece, a medicina demorou quase dois séculos para aderir à ciência clássica (refiro-me principalmente à física clássica e o cartesianismo que influenciou as demais ciências), apenas “No século XIX, a medicina assumiu as teses fundamentais da física de Galileu e Newton” (ALMEIDA, 2011, p.173). Continuando uma análise sobre o *status* científico reclamado pela ciência:

Não cabe, aqui, introduzir as positivities que as chamadas ciências da complexidade, sobretudo a física quântica, vêm acenando há mais de 80 anos para a medicina, mas que ficam restritas às suas máquinas. Ou seja, a medicina usa máquinas quânticas, mas continua presa epistemologicamente ao mecanismo newtoniano. Se a medicina fosse ciência, ela já deveria ter abandonado as teses mecanicistas e aderido às teses da mecânica quântica e da complexidade. Assim não o faz por ser uma doutrina, e uma doutrina tem muito mais a ver com cultura do que com ciência (ALMEIDA, 2011, p.175-176).

Não interessa, neste espaço, trazer a discussão de como os desenvolvimentos da física quântica estão sendo amplamente usados pela medicina atual. No entanto, apenas a título de curiosidade transcreverei um pequeno trecho em que podemos constatar a informação dada por Almeida (2011):

Neste artigo, fazemos uma breve exposição de como um dos conceitos fundamentais da física moderna, a existência de antimatéria, tem aplicação na medicina, na chamada tomografia por emissão de pósitrons (PET na sigla em inglês). Ela consiste na produção de imagens tomográficas digitais do organismo que são obtidas pela detecção da radiação produzida na aniquilação do pósitron com o elétron. [...] (MACHADO; PLEITEZ; TIJERO, 2006, p.407).

Trouxe este pequeno trecho apenas para ilustrar a crítica realizada por Almeida (2011), que alega o uso de procedimentos avançados no que diz respeito à utilização de máquina com tecnologia quântica, mas está presa a uma epistemologia clássica no que diz respeito à dimensão da prática (terapêutica) médica. Essa ideia de Almeida (2011) corrobora com as teorias de Canguilhem (2000), que revela a prática da medicina como caracterizada por ser uma ciência da doença, que esquece a dimensão individual. Usando as palavras de Canguilhem:

A invalidade da opinião do doente em relação à realidade de sua própria doença é um argumento de peso em uma recente teoria da doença; teoria, às vezes, um pouco imprecisa, porém cheia de sutilezas (CANGULHEM, 2000, p.53).

Esse “esquecimento” (apesar de Canguilhem utilizar um termo bem mais forte, “invalidade”) se dá por conta de a medicina estar presa às concepções da ciência clássica que defendeu a generalização como meio de produzir conhecimentos válidos, pois,

A ciência só pode falar da regularidade, da repetição. Suas leis devem explicar a média, enquanto os fenômenos devem ser quantificados. De posse da lei que explicaria o fenômeno, ele se torna enquadrável e capaz de ser predeterminado, ou seja, se conhece o fenômeno *a priori*. (...) (ALMEIDA, 2011, p.174).

Ou seja, a biomedicina moderna, apoiada nessa concepção da ciência clássica, realiza suas atividades tendo como característica principal o fato de produzir seus conhecimentos a partir de generalidades (princípio científico clássico em que se parte do geral para o particular), tendo dificuldades para aplicar a dimensão individual às descobertas realizadas a partir de metodologias generalizantes. E ainda há outra característica da ciência clássica que foi adotada pela biomedicina, é a tese segundo a qual se concebe que “o todo é a soma das partes, e que é possível conhecer o todo pelo estudo das partes” (*Ibidem*, p.174).

A limitação de aplicação dessas concepções reside no fato de não dar conta da riqueza complexa que compõe a individualidade humana. O organismo de um indivíduo pode estar em estado patológico, para utilizar as denominações de Canguilhem (2000), ou seja, fora dos padrões de normalidade, por motivos não observáveis pelo método dos RCCTs, e, desse modo, não reagir da forma prevista pelas pesquisas. Uma visão mais maleável referente aos procedimentos médicos enaltece a dimensão cultural do indivíduo doente, a fim de ter maiores recursos curativos e não se restringir à terapêutica proposta pela farmacologia.

Gostaria de encerrar este ponto com citação de Almeida (2011) que, a meu ver, sintetiza a discussão que tentei desenvolver:

A medicina se apropriou do discurso científico e se estabeleceu como uma ciência. Desse modo, passou a ter os mesmos balizamentos das ciências clássicas: a explicação racional dos fenômenos; a quantificação; a generalização. Abriu mão da arte da terapêutica e estabeleceu o primado da diagnose sobre a terapêutica. Tornou sem valor a observação de casos, o fato individual (*anecdotal*). Só é significativa a regularidade, a média, a repetição, como nas ciências clássicas. Daí o papel

exercido pelos RCCTs na produção de conhecimento nessa medicina. O médico, quando abre mão da terapêutica e se preocupa essencialmente com a diagnose, dá uma espécie de tiro no pé. Deixa por conta da indústria farmacêutica a produção de conhecimento e insumo terapêuticos, e passa a ser um mero prescritor, na maioria das vezes na linha da supressão de sintomas. Isso reduz a sua eficácia terapêutica e há uma homogeneização e massificação da prescrição. Nessa equação só tem um ganhador – a indústria farmacêutica (ALMEIDA, 2011, p.189).

Acrescentaria apenas o fato de que, com a supervalorização da diagnose em detrimento da terapêutica, processo que, na maioria das vezes, conduz o médico a ser apenas um mero “prescritor”, perde-se, pela adesão aos procedimentos adotados pela indústria farmacêutica, conhecimentos antigos, mas que eram exitosos, a exemplo da técnica aqui em questão. A AH era um técnica recorrente na medicina:

A medicina convencional também lançou mão da Auto-Hemoterapia. (...) Esse método foi utilizado com sucesso, segundo relato da época, no tratamento de afecções como hemiplegia, gonorreia, sífilis, herpes, reumatismo, artrite, psoríase, alergia, drogadicção, etc. (*Ibidem*, p.97).

Desse modo, naquela época, a AH era considerada uma técnica isopática<sup>6</sup>, e por conta de os parâmetros metodológicos atuais ainda serem inexistentes, àquela época, o tratamento de doenças a partir do uso da AH era bastante aceito, no entanto, atualmente a mesma técnica não goza de prestígio, e ainda é proibida, entre os profissionais da área da saúde.

#### **4 – Considerações finais: Racionalismo e Empirismo, filosofia médica?**

Almeida (2011) realizou longo estudo histórico-bibliográfico para identificar a origem dos dois grupos que influenciam os desenvolvimentos na área da moderna medicina, a saber, o grupo empirista e o racionalista. Não irei me ater com profundidade a essa discussão, mas é importante esclarecer que o autor atribui às teorias filosóficas clássicas a responsabilidade por essa cisão. Desde Platão e Aristóteles, discute-se sobre o peso e importância dado à experiência e/ou à teoria, daí é que surgem os filósofos do empirismo e do racionalismo, os primeiros acreditando estar localizado na experiência os fundamentos básicos de qualquer “agir”, e os racionalistas acreditando estar no desenvolvimento teórico (racional) a base das ações. Disto se tem que na atualidade os racionalistas possuem lugar de destaque; mas o que isso acarreta? É o que tentarei desenvolver daqui para frente.

Assim, tratando-se do pensamento biomédico, estas duas correntes distintas e opostas defensoras de teorias diferentes no que diz respeito à produção de

---

<sup>6</sup> “A isopatia é a metodologia terapêutica com agentes medicamentosos cuja ação no homem sadio consiste em manifestações farmacodinâmicas, semelhantes àquelas observadas no doente, sendo o autoisoterápico um medicamento preparado especialmente para o paciente cujo insumo ativo é obtido do próprio paciente, como secreções e tecido gengival que visa empregar a ação biológica do medicamento através da energia que contém para inibir a ação patogênica causal e provocar uma ativação das defesas imunológicas” (SILVA; TEREZAN, 2007, p.244). A isopatia é uma espécie de moderna homeopatia, pois utiliza na base de suas terapias a ideia de curar pelo semelhante.



conhecimentos biomédicos, os racionalistas e os empiristas, provocaram uma separação, no que diz respeito ao entendimento do processo de saúde/doença, entre “prática” e “teoria” nos desenvolvimentos da moderna biomedicina ocidental, algo que é apontado por Canguilhem (2000) e Camargo Jr. (1992).

A *diagnose* é a esfera da atividade médica responsável por produzir teoria sobre as doenças, ou seja, responsável por organizar e sistematizar teorias sobre o processo de adoecimento – discussão apontada e desenvolvida por Foucault (2008) (bem como por Canguilhem, 2000) e reconhecida como o *paradigma da doença* –, é uma espécie de trabalho investigativo sobre as doenças, ou ainda mais, uma investigação sobre o processo de funcionamento do corpo, do ponto de vista biológico, um esquadramento do corpo enquanto “sistema”, “máquina biológica”. Já a terapêutica “diz respeito ao processo do saber lidar, do tomar decisão acertada, da conduta médica. Intervenção que demanda saberes tanto no âmbito da cultura, quanto no da biologia (fisiologia e farmacologia)” (ALMEIDA, 2011, p.9).

Almeida (2011) expõe pontos críticos da separação entre diagnose e terapêutica (teoria X prática):

[...] pude verificar a falta de correspondência entre a diagnose, ou a ausência de diagnose, e a terapêutica empreendida. Constatei a importância da informação produzida pela indústria farmacêutica na formação do médico e na conduta terapêutica (saber farmacêutico). A terapêutica foi assumida quase exclusivamente pela indústria farmacêutica – produtora de pesquisa, do medicamento e de informação (saber e *marketing*) (ALMEIDA, 2011, p.08).

O autor entende ser crítica a atual situação, pois além de reduzir a importância da atividade médica, perde de vista a dimensão/percepção do doente, provoca uma descontextualização social do processo de saúde-doença. Na obra aqui em questão, o autor chama atenção para o fato de ser preocupante a diminuição da importância da terapêutica, ou seja, da prática médica propriamente dita. Nessa mesma esteira, tomando a discussão levantada por Almeida (2011), posso inferir que, por conta de as pesquisas médicas serem financiadas por representantes da indústria farmacêutica, há um distanciamento entre a prática médica (aquilo que se pratica nos consultórios, ambulatórios, enfermarias, etc.) e a produção de pesquisas no intuito de desenvolver medicamentos, e não tratamentos inovadores, distinção atribuída por Almeida (2011) ao privilégio que a diagnose possui em comparação com a terapêutica.

Essa cisão, tão comentada pelo autor aqui em questão, é algo que encontra similitude com as discussões realizadas segundo os desenvolvimentos teóricos de Karl Marx (que não serão aprofundadas nesse espaço), quando aquele teórico clássico explica a cisão entre trabalho abstrato, que adquiriu preponderância sobre a dimensão prática da vida cotidiana, e trabalho manual. Esta problemática é bem desenvolvida pelo autor:

A história da medicina tem privilegiado, de modo quase absoluto, o estudo do saber médico segundo a dinâmica interna de produção de conhecimento sobre as doenças. Outrossim, paira sobre o processo de intervenção médica com objetivos terapêuticos e preventivos significativo grau de desconhecimento. (ALMEIDA, 2011, p.08).

É importante destacar que o autor argumenta que essa cisão, além de privilegiar a diagnose (dimensão teórica) em detrimento da terapêutica (dimensão prática), acarreta uma desvalorização do indivíduo, uma vez que se irá priorizar a doença, e até mesmo concebê-la como entidade com existência própria, no intuito de se mapear a origem, mecânica/funcionamento da doença, criando assim uma ciência da doença (ALMEIDA, 2011). Mas a própria concepção que defende a distinção entre diagnose e terapêutica como componentes separados de um mesmo processo é algo que, segundo Almeida (2011), é resultante da hegemonia de uma visão racionalista da atividade médica.

Essa mudança no pensamento médico é algo muito preocupante para o autor, pois deixa de lado a dimensão social do processo de cura, uma vez que, segundo ele, há, além da dimensão racionalista/científica (algo que é visto pelo autor como importante, mas não com caráter de privilégio), também dimensões não científicas, como é possível identificar em seu estudo:

Abordo a terapêutica médica considerando-a um dos constituintes do universo da terapêutica, sem a reduzir à terapêutica medicamentosa e à cirurgia, instâncias onde é possível a busca de cientificidade, segundo o modelo dominante. A terapêutica diz respeito ao processo do saber lidar, do tomar a decisão acertada, da conduta médica. Intervenção que demanda saberes tanto no âmbito da cultura, quanto no da biologia (fisiologia e da farmacologia). A conduta médica (terapêutica) obedece a razões de várias ordens. Razões das disciplinas científicas ou auxiliares da medicina, razões da cultura, razões da corporação médica, razões econômicas e sociais, etc. Portanto, quando falo em razões da terapêutica, falo no sentido da demanda que esta suscita, e não no sentido filosófico-epistemológico simplesmente. Na verdade, não considero a terapêutica um campo onde se possa aplicar uma razão exclusiva, seja no modelo clássico da razão apolínea, seja no modelo da razão técnica de base química (ALMEIDA, 2011, p.09).

É justamente o grupo dos racionalistas que sustentam que a diagnose precede à terapêutica e, em decorrência disto, há uma espécie de “ditadura racionalista” no ambiente médico. Chama atenção o fato de que os preceitos científicos aplicam-se com notória satisfação à dimensão da diagnose, ou seja, à pesquisa, à produção de teorias médicas auxiliadas pelas disciplinas científicas (física, biologia, química, etc.), mas, na dimensão da terapêutica, o racionalismo científico tem pouca eficácia, “Submeter a experiência ao crivo das “ciências auxiliares” é a afirmação da prevalência do componente científico. Para Coulter, o desafio ao conhecimento médico é reconciliar suas dimensões científicas e históricas, e permitir o diálogo, sem afirmação de hegemonia” (ALMEIDA, 2011, p.21).

Para concluir, esta questão chama atenção devido ao fato de que a discussão entre “teoria” *versus* “prática” dentro das “ciências” tenha sido objeto de estudo de um grande historiador das ciências, refiro-me a T. Kuhn. Kuhn afirma, em *As estruturas das Revoluções científicas* que, apenas em momentos de crise ou ainda, quando uma determinada disciplina não está devidamente instituída no quadro das ciências, é que se observa uma grande influência e recorrência à filosofia em suas pesquisas/temáticas.

Em geral os cientistas não precisam ou mesmo desejam ser filósofos. Na verdade, a ciência normal usualmente mantém a filosofia criadora ao alcance da mão e provavelmente faz isso por boas razões. Na medida em que o trabalho de pesquisa normal pode ser conduzido utilizando-se do paradigma como modelo, as regras e pressupostos não precisam ser explicados [entenda-se, explicado e defendido filosoficamente]. (KUHN, 1975, p, 119)

Assim, parece que a biomedicina, ainda não conseguiu se instituir enquanto disciplina científica (pelo menos, não a sua totalidade) haja visto, como tentei apresentar no decorrer desta exposição, a existência, observada na pesquisa que originou o presente trabalho, o constate uso de concepções filosóficas (Empirismo X Racionalismo), por parte dos médicos, ao justificarem serem os procedimentos em saúde válidos ou não, do ponto de vista científico, tomando por base as concepções filosóficas do processo de saúde/doença. Além de recorrerem à filosofia, os médicos modernos ainda modificam, com frequência, os procedimentos metodológicos, empregados nos desenvolvimentos de sua área, como parâmetro para validar ou não os desenvolvimentos em se tratando dos processos saúde/doença, algo que, segundo Kuhn (1975) também é recorrente à dimensão filosófica da atividade científica.

Desse modo, pude observar que a atividade biomédica não pode ser completamente reconhecida como “ciência” (pelo menos não em sua totalidade) – uma vez que, segundo a discussão desenvolvida na presente exposição, ela tem uma maior tendência para uma espécie de “filosofia médica”. O que acontece na prática é a utilização de conceitos, linguagem, teoria e metodologia científica no intuito de a medicina se mostrar, ante a sociedade, como ciência pelo simples motivo de deduzir que a legitimidade científica está “em alta” na sociedade moderna.

No entanto, o que ocorre é que apenas uma parcela da atividade médica pode ser considerada científica, apesar de quase toda ela reclamar para si este *status*, assim como a epidemiologia e a fisiologia o detém. Desse fato decorre alguns problemas vistos à luz dos desenvolvimentos teóricos de Almeida (2011), Camargo Jr. (2005), entre outros pesquisadores que estudam a biomedicina. Um deles é que a eficácia terapêutica (vista como dimensão prática da atividade médica, ou seja, *grosso modo*, aquilo que se pratica nos consultórios) fica comprometida, pois a visão tecnocientificista, antes concentrada na atividade de diagnose (dimensão teórica do fazer médico), agora se torna hegemônica inclusive na dimensão terapêutica. Daí a adoção de metodologias de alta tecnologia, a exemplo dos RCCTs, como critérios de validade da prática médica. Esses modelos de produção de conhecimento médico marginaliza o indivíduo, pois o sujeito é totalmente desconsiderado na produção da cura, apenas a doença, ou melhor, o entendimento do funcionamento da doença, é que importa ao médico. A doença passa a ter realidade própria, independente do sujeito que está acometido por ela, a dimensão social da cura se perde, a medicina deixa de ser arte para se transformar em mera aplicação de técnicas e tecnologias.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, D.P., *et al.* **Aplicação clínico-cirúrgica do plasma rico em plaquetas** – estudo revisional. *Odontologia. Clín.-Científ. Recife*, 7 (2): 119-122, abr/jun., 2008.

- ALMEIDA, E. **As razões da terapêutica: racionalismo e empirismo na medicina**. Rio de Janeiro: EdUFF, 2011.
- BIRMAN, J. **A Physis da saúde coletiva**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 15, p. 11-16, jan. 2005.
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro, RJ: Bertrand Brasil, 1989.
- \_\_\_\_\_. **Coisas ditas**. São Paulo: Brasiliense, 2004.
- \_\_\_\_\_. **Os usos sociais da ciência**. São Paulo UNESP, 2004b.
- BRASIL. **RESOLUÇÃO-RDC/ANVISA nº 153, de 14 de junho de 2004**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, 2004. Disponível em: <[http://www.sbpc.org.br/upload/noticias\\_gerais/320100416113458.pdf](http://www.sbpc.org.br/upload/noticias_gerais/320100416113458.pdf)>.
- \_\_\_\_\_. **Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC)**. Ministério da Saúde, fev. 2005. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ResumoExecutivoMedNatPratComp11402052.pdf>>.
- \_\_\_\_\_. **RESOLUÇÃO CFM Nº 1.982/2012**. Conselho Federal de Medicina, 2012. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1982\\_2012.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1982_2012.pdf)>.
- CAMARGO JR., K. R. DE. **(Ir)racionalidade Médica: Os Paradoxos da Clínica**. \b Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 2, n. 1, p. 203-230, jan. 1992.
- \_\_\_\_\_. **Sobre palheiros, agulhas, doutores e o conhecimento médico: o estilo de pensamento dos clínicos**. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 4, p. 1163–1174, ago. 2003.
- \_\_\_\_\_. **A biomedicina**. Physis: \b Revista de Saúde Coletiva, v. 15, p. 177-201, jan. 2005.
- CANDEIAS, N. **Sociologia e medicina**. Revista de Saúde Pública, v. 5, n. 1, p. 111–127, jun. 1971.
- CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.
- DURKHEIM, É. **As Formas Elementares da vida religiosa: o sistema totêmico na Austrália**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- GEOVANINI, Telma. **Em defesa da liberação da Auto-Hemoterapia no Brasil**. Brasília, STF. Disponível em: <[http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/EM\\_DEFESA\\_DA\\_LIBERACAO\\_DA\\_AUTOHEMOTERAPIA\\_NO\\_BRASIL.pdf](http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/EM_DEFESA_DA_LIBERACAO_DA_AUTOHEMOTERAPIA_NO_BRASIL.pdf)>. Acesso em: 9 jul. 2012.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro. Ed: Graal, 1984.
- \_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2008.
- \_\_\_\_\_. **Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.
- GEERTZ, C. **Interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.
- KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo. Perspectiva, 1975.
- LAPLANTINE, F.; RABEYRON, P.-L. **Medicinas paralelas**. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- LUZ, M. T. **Especificidade da contribuição dos saberes e práticas das Ciências Sociais e Humanas para a saúde**. Saúde e Sociedade, v. 20, n. 1, p. 22–31, mar. 2011.
- MACHADO, A. C. B.; PLEITEZ, V.; TIJERO, M. C. **Usando a antimatéria na medicina moderna**. Revista Brasileira de Ensino de Física, v. 28, n. 4, p. 407–416, jan. 2006.
- MARTINS, A. **Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde**. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 14, p. 21-32, fev. 2004.

- MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. 4<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1980. v. I.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Hematologia e Hemoterapia: guia de manejo de resíduos**. 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hematologia\\_hemoterapia\\_manejo\\_residuos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hematologia_hemoterapia_manejo_residuos.pdf)>. Acesso em: 9 jul. 2012.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - ANVISA. **Nota Técnica sobre Auto-Hemoterapia**. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/divulga/informes/2007/130407.htm>>. Acesso em: 9 jul. 2012.
- NEVES, Ednalva Maciel. **Antropologia e ciência: uma etnografia do fazer científico na era do risco**. São Luís: EDUFMA, 2008.
- NUNES, E. D. **As Ciências Sociais em Saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento**. Saúde e Sociedade, v. 1, n. 1, p. 59–84, jan. 1992.
- SILVA, E. B. DA; TEREZAN, M. L. F. **Homeopatia e Isopatia na terapia peridontal de manutenção em paciente com periondontite agressiva**. RBPS, V. 20, 2007.
- SILVA, L. F. DA; ALVES, F. **Compreender as racionalidades leigas sobre saúde e doença**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 21, n. 4, p. 1207-1229, dez. 2011.
- TEIXEIRA, Jéssé. **Auto-hemotransusão: complicações pulmonares pós-operatório**. Rev. BRASIL CIRÚRGICO, Rio de Janeiro, vol. II, março de 1940. Disponível em: <[http://www.saudecompleta.com/arquivos\\_pdf/jesseteixeira%201940.pdf](http://www.saudecompleta.com/arquivos_pdf/jesseteixeira%201940.pdf)>. Acesso em: 9 jul. 2012.
- TESSER, C. D. **A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 17, n. 3, p. 465-484, jan. 2007.
- TESSER, C. D.; LUZ, M. T. **Racionalidades médicas e integralidade**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, n. 1, p. 195–206, fev. 2008.
- VERONESI, Ricardo. **Imunoterapia: o impacto médico do século**. [S.d.]. Disponível em: . Acesso em: 9 jul. 2012.
- Vídeo-Depoimento. **Auto Hemoterapia: Conversa com Dr Luiz Moura**. Roteiro, produção e direção: Ana Martinez e Luiz Fernando Sarmento; Produção Independente, 2004.
- WAGNER, R. **A Invenção da Cultura**. São Paulo: COSAC NAIFY, 2010.
- WEBER, M. **Sociologia: Max Weber**. São Paulo: Ática, 1982.
- \_\_\_\_\_. **Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva**. Brasília, Editora Universidade de Brasília, 1999.
- \_\_\_\_\_. **A ética Protestante e o “Espírito” do Capitalismo**. São Paulo, Biblioteca Pioneira de Ciências Sociais, 2008.
- WITTER, N. A. Curar como arte e ofício: contribuições para um debate historiográfico sobre saúde, doença e cura. **Tempo**, v. 10, n. 19, p. 13–25, dez. 2005.
- ZASLAVSKY, Ida. **Auto-Hemoterapia**. Florianópolis. 2009. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/AutoHemoterapia.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2012.