



História, Ciências, Saúde - Manguinhos
ISSN: 0104-5970
hscience@coc.fiocruz.br
Fundação Oswaldo Cruz
Brasil

Marques da Silva, Vera Lucia; Rochel Camargo Júnior, Kenneth
Em busca do feto saudável: ideias, marcas e coisas na reconstrução do diagnóstico da toxoplasmose
História, Ciências, Saúde - Manguinhos, vol. 20, núm. 2, abril-junio, 2013, pp. 643-651
Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386138075016>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

Em busca do feto saudável: ideias, marcas e coisas na reconstrução do diagnóstico da toxoplasmose

In pursuit of a healthy fetus: ideas, signs, and things in the reconstruction of the diagnosis of toxoplasmosis

Vera Lucia Marques da Silva

Professora colaboradora no Programa de Pós-graduação em Políticas Sociais/Centro de Ciências do Homem/Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro; professora da Faculdade de Medicina de Campos.
Av. Alberto Lamego, 2000
28013-600 – Campos dos Goytacazes – RJ – Brasil
veramarques@fmc.br

Kenneth Rochel Camargo Júnior

Professor e pesquisador do Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Rua São Francisco Xavier, 524
Pavilhão João Lyra Filho, 7º andar, blocos D e E
20550-900 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
kenneth@uerj.br

Recebido para publicação em janeiro de 2011.
Aprovado para publicação em março de 2012.

SILVA, Vera Lucia Marques da;
CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel.
Em busca do feto saudável: ideias, marcas e coisas na reconstrução do diagnóstico da toxoplasmose. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.20, n.2, abr.-jun. 2013, p.643-651.

Resumo

Resulta da investigação do atendimento médico à gestante na busca do feto saudável, especificamente da operacionalização do diagnóstico e da tomada de decisão quanto ao objeto infecção-doença toxoplasmose. Segundo a filosofia empírica e Annemarie Mol, esse objeto seria ‘manipulado’, pelo menos, por médico e paciente. Tal manipulação corresponde a uma reconstrução ontológica, a partir da articulação dos elementos ideias-marcas-coisas no contexto espacotemporal, o que propicia a multiplicação do objeto. Pretende-se contribuir para a teorização da política ontológica considerando que a multiplicação do objeto e as várias intervenções decorrentes implicaram diferentes modelagens dos corpos e deslocamentos de vida.

Palavras-chave: filosofia empírica; prática de atenção à saúde; manipulação; reconstrução ontológica; política ontológica.

Abstract

The article examines medical care for pregnant women in pursuit of a healthy fetus. Specifically, it explores operationalization of the diagnosis and decision-making processes associated with the infection/disease object toxoplasmosis. According to empirical philosophy and to Annemarie Mol, this object is ‘manipulated,’ at least, by both physician and patient. This manipulation corresponds to an ontological reconstruction based on the integration of ideas-signs-things in the time-space context, which foster the multiplicity of the object. The article seeks to contribute to theorization on ontological politics, taking into account that multiplicity of the object and several ensuing interventions imply different body modeling and life shifts.

Keywords: empirical philosophy; healthcare practices; manipulation; ontological reconstruction; ontological politics.

Decorrente da investigação de uma prática médica, mais especificamente, o atendimento ambulatorial à gestante na busca do feto saudável em relação à toxoplasmose congênita, o estudo realizou-se num ambulatório de referência de toxoplasmose de uma cidade de porte médio do estado do Rio de Janeiro, sendo complementado em três ambulatórios relacionados à toxoplasmose: oftalmologia, infectologia e obstetrícia. Não se trata de estudo de avaliação no sentido de julgar as intervenções, embora várias tenham sido discordantes, outras diametralmente opostas e algumas consideravelmente medicalizantes. Sem pretensão de avaliar, refletiu-se, entretanto, sobre as intervenções realizadas. De maneira geral, as condutas foram justificadas e se justificaram, principalmente considerando os cenários observados e as controvérsias, ainda existentes, em relação à fisiopatologia e aos modos de intervenções da toxoplasmose. Serão apresentados apenas três casos, embora haja quantidade considerável de material empírico. Ainda assim, este não é um relatório de campo, mas um exercício de filosofia empírica, o que impõe algumas considerações.

A filosofia do conhecimento envolve a dimensão da ‘construção’ do objeto da ciência. A filosofia empírica envolve, por sua vez, a dimensão da ‘manipulação’ (Mol, 2002) do objeto previamente construído, ocorrendo, portanto, na instância da prática, que é, neste estudo, o atendimento à gestante num ambulatório de referência de toxoplasmose. Assim, a dimensão da manipulação foi a da ‘reconstrução’ do objeto, conceito cunhado nessa pesquisa empírica. Tal reconstrução, realizada por pelo menos duas pessoas (o paciente e o médico), decorreu da articulação das ideias-marcas-coisas (Hacking, 1992) num contexto espacotemporal e por meio do fenômeno referência circulante (Latour, 2001).

A tríade conceitual ideias-marcas-coisas, desenvolvida por Hacking (1992), diz respeito à construção dos objetos resultantes das ciências laboratoriais. As ideias corresponderiam aos componentes intelectuais de quem realiza o experimento ou seriam subjacentes à própria questão investigada. As coisas se referenciam a todo o instrumental (materiais, equipamentos e ferramentas produtoras de dados). As marcas, por sua vez, corresponderiam aos significados adquiridos após a construção das evidências. Embora mais apropriada à construção dos objetos, a utilização da tríade ideias-marcas-coisas adequou-se ao conceito empírico cunhado nessa pesquisa, o de reconstrução, principalmente quando se acrescentou o conceito analítico referência circulante (Latour, 2001), sinalizador de que essa reconstrução sofreria efeitos do contexto espacotemporal. Nesse sentido, as reconstruções variariam, possibilitando uma multiplicidade de objetos, conforme os lugares e os espaços em que ocorreriam.

A referência circulante (Latour, 2001) significa que os objetos da ciência se transformariam ao ser trabalhados pelos cientistas. Tal conceito rompe com o padrão da verdade definitiva, possibilitando melhor entendimento da construção dos objetos da ciência. No contexto dessa pesquisa, significou que o objeto infecção/doença toxoplasmose foi-se transformando, multiplicando-se em diversos objetos ao ser manipulado pelo médico e pelo paciente no momento da prática de atenção à saúde. Assim, além de romper com esse padrão, posto que os objetos variaram, demarca a dependência dos objetos reconstruídos em relação aos dois envolvidos – o médico e o paciente – e ao contexto espacotemporal em que ocorreu essa reconstrução.

Sem desconsiderar as reconhecidas dimensões sociais e subjetivas, a investigação da reconstrução do objeto infecção/doença toxoplasmose, no momento do diagnóstico,

concentrou-se principalmente na dimensão da fisicalidade, ou seja, na realidade física do corpo, bem como naquela das materialidades e dos eventos de que o corpo participou. Considerando essa abordagem, destaca-se, também, que este estudo não se interessou pelo modo como os profissionais conhecem os objetos, mas explorou os caminhos em que eles atuam, interagem e os manipulam juntamente com os pacientes. Explorou também os caminhos pelos quais profissionais e pacientes reconstruíram os objetos no momento da atenção à saúde. Considerou-se, portanto, que, antes de entrar num consultório, o paciente teria, algumas vezes, somente sintomas, outras vezes somente sinais; algumas vezes sinais e sintomas sem doença identificada, outros sinais e sintomas com doença já identificada, e ainda, algumas vezes sinais e sintomas a ser articulados a outros componentes (resultados dos exames, especialidades envolvidas, interação com o médico) para confirmação ou exclusão do diagnóstico. Nesse sentido, portanto, antes do atendimento ambulatorial, o paciente não teria uma ‘doença etnograficamente identificada’, considerando que ela dependeria do envolvimento de pelo menos os dois (o paciente e o médico) que articulariam as ideias-marcas-coisas num contexto espaçotemporal.

Objetos em análise

Caso 1

Márcia, 23 anos, primípara de dois meses; a primiparidade é considerada fator de risco para toxoplasmose congênita. Trouxe resultados dos exames solicitados no pré-natal. Em relação às sorologias para detecção da toxoplasmose, os resultados foram: anticorpo IgG: 23 e anticorpo IgM: 24,9.¹ Cabe considerar que o rol de exames no pré-natal do SUS não é igual em todos os municípios brasileiros. No que abrigou a pesquisa, a sorologia para toxoplasmose é rotina, e, portanto, todas as gestantes atendidas pelo serviço público realizam esses exames. Nos municípios, em que eles não estão incluídos na rotina, pode não haver oportunidade para esse encontro de gestante com resultado de exame de toxoplasmose e profissional de saúde. Isso também ocorre com o teste do pezinho, uma avaliação após o nascimento do bebê para detecção da toxoplasmose congênita, que também varia nos municípios e nos países, e integra igualmente a rotina no município em questão.

A gestante mostrou-se preocupada com as informações colhidas na internet, incluindo aspectos relacionados ao contato com gatos, e em revistas. Ela não tem gatos, mas seus vizinhos têm. Foi encaminhada pelo obstetra para o ambulatório de referência de toxoplasmose aqui focalizado. Na maioria dos municípios da região não há esse tipo de ambulatório, cabendo as decisões afins aos obstetras nas consultas de pré-natal. Quando comparadas as tomadas de decisão dos obstetras com as desse serviço de referência, constataram-se divergências, principalmente em relação à medicalização. Consequentemente, a vinda das gestantes para esse ambulatório desencadeia corpos modelados de modos variados, bem como vidas diferentemente deslocadas. A busca do feto saudável poderia seguir caminhos diferentes, e os fetos deles advindos poderiam ter corpos modelados de maneiras também diferentes. Tanto o corpo da gestante como o feto advindo desse corpo seriam dependentes de variáveis conformes às tomadas de decisão feitas no ambulatório de referência de toxoplasmose ou no acompanhamento pelos obstetras. Algumas das variáveis envolvidas seriam construídas de

acordo com as respostas às seguintes questões: Houve intervenção? Se houve, em qual mês? Qual intervenção? Intervenção medicamentosa e/ou punção para coleta de líquido amniótico na gestante? Quais os medicamentos prescritos? Há medicamentos no SUS? Em que local foi realizada a punção para coleta do líquido amniótico? Quais os exames solicitados para informar a tomada de decisão?

A médica escuta a narrativa da gestante e avalia os exames já solicitados. Explica os riscos da infecção de toxoplasmose na primeira gravidez. Nesse caso situacional, embora a médica considere a ansiedade da mãe, esse sentimento não faz parte da reconstrução diagnóstica. Os determinantes para reconstrução do diagnóstico e intervenção são do domínio da fisicalidade: primeira gestação (primiparidade), resultados dos exames e contato com gatos. Tece-se nesse momento a reconstrução do diagnóstico a partir dos sinais e sintomas narrados, dos resultados dos exames, dos equipamentos em que eles foram realizados e do contato com gatos. Uma articulação, portanto, de ideias-marcas-coisas nesse contexto do espaço (ambulatório de referência) e desse tempo (no qual esse município realizava como rotina a pesquisa da infecção/doença toxoplasmose).

Antes de chegar a esse ambulatório, a gestante tinha apenas os resultados dos exames, suas buscas na internet e em revistas. Embora já detivesse a doença ou a possibilidade de tê-la, só nesse momento de seu encontro com a médica a infecção/doença toxoplasmose foi constituída e nomeada ‘etnograficamente’. A médica, por sua vez, já detinha o conhecimento sobre a doença, que não tinha, entretanto, sido reconstruída num corpo específico, nem para a ela, nem para a paciente. É o momento de atenção à saúde – numa perspectiva de filosofia empírica e a partir da etnografia – que possibilita a constituição e a nomeação dessa doença, pois faz-se necessário um corpo no qual sejam articuladas as ideias-marcas-coisas por pelo menos o médico e o paciente. Isso não significa, naturalmente, que antes não houvesse, nesse corpo, a doença; sua reconstrução, no entanto, depende desse encontro e, particularmente nesse caso, dos exames (marcas) e da história tecida a dois (ideias). Mesmo considerando que existissem previamente a esse encontro, os sinais e os sintomas da paciente estariam dispersos, não sistematizados, não articulados. É nesse sentido etnográfico que a reconstrução ontológica de uma doença só pode acontecer num momento (contexto espacotemporal) de encontro do profissional de saúde com o paciente e numa articulação das ideias-marcas-coisas.

A médica, perante os exames trazidos e a história de primiparidade, solicita o teste de avidez de IgG, um exame mais específico e que possibilita avaliar se os anticorpos para a toxoplasmose seriam novos ou não, ou seja, se a infecção pelo *Toxoplasma gondii* foi antes, e quanto tempo antes, ou depois da gravidez. O resultado ‘alta avidez’ demonstra IgG mais velho, o que significa infecção adquirida antes da gravidez, mas que, mesmo assim, pode estar em faixa de risco para o feto.

Cabe ressaltar que, especificamente nesse ambulatório de referência e no atendimento a uma gestante primípara, a tomada de decisão vai depender do teste de avidez de IgG, sempre solicitado nessa condição. Por outro lado, a tomada de decisão não dependerá da punção do líquido amniótico devido às dificuldades de realização dessa intervenção nesse município.

Considerando a reconstrução ontológica dessa doença e a tomada de decisão decorrente, haveria mudança na questão ‘essa intervenção é efetiva?’ para ‘que efeitos tem essa intervenção sobre as vidas e os corpos que as portam?’ Particularmente nesse caso, os questionamentos

seriam: De que forma essa intervenção modelará esse corpo? Os medicamentos administrados à gestante interferirão no feto impedindo a toxoplasmose congênita? Como a vida desse feto será deslocada? Nascerá com toxoplasmose congênita? Se assim o for, com quais lesões? Microcefalia? Catarata congênita?

Se nesse caso específico a paciente já trouxera os resultados dos exames e é primípara, em outros casos a reconstrução ontológica dessa doença poderia ser diferente, ou seja, há diferentes e múltiplas reconstruções. Mesmo assim, um elemento é indispensável: o corpo da paciente, sua fiscalidade, que se revela por meio da “referência circulante” (Latour, 2001) nos resultados dos exames (as ‘marcas’, no sentido de Hacking, 1992).

Caso 2

Margarete é ‘gesta IV para IV’, ou seja, essa mulher engravidou quatro vezes e teve quatro partos. Tem história mesclada de eventos. Os três primeiros filhos são de um mesmo pai biológico. O quarto filho é do companheiro atual. Os dois primeiros filhos (nove anos e sete anos) são saudáveis; o terceiro tem paralisia do lado direito, porém sem comprometimento cerebral. Nessa terceira gravidez não houve intercorrências, o parto foi vaginal normal, e o bebê pesava 4.650g. A paciente interroga se o problema desse filho teria decorrido de uma desproporção da cabeça do feto em relação à pélvis da gestante (desproporção céfalo-pélvica), geralmente com indicação de cesariana, ou se se trataria de doença congênita, como a toxoplasmose congênita. Afirma não ter pensado nessa possibilidade até o nascimento do quarto filho, atualmente com um ano e que está sendo acompanhado nesse ambulatório de referência de toxoplasmose. Relata sangramento vaginal aos seis meses de gestação deste último filho, tendo sido internada durante 15 dias e recebido transfusão sanguínea. A ultrassonografia realizada durante a gestação foi normal, e esse bebê nasceu a termo, com 3.250g. A mãe observou, desde o início, pela experiência com os filhos anteriores, que a criança apresentava um atraso na sustentação da cabeça. Foram feitas radiografia de crânio e tomografia – a mãe trouxe essas ‘marcas’ (os resultados dos exames), descrevendo detalhadamente os instrumentos (‘coisas’) em que eles foram feitos. O quarto filho foi referenciado para esse ambulatório com a hipótese de ser portador de toxoplasmose congênita. Examinado pelo oftalmologista, o fundo de olho mostrou-se normal. A criança está em tratamento com fisioterapia por apresentar espasticidade, hipertonia dos membros superiores e dos membros inferiores, irritabilidade e retardado do desenvolvimento psicomotor.

Perante a história tecida a dois (o médico e a paciente, que respondia às perguntas) foi reconstruída ontologicamente a infecção/doença toxoplasmose congênita. A médica já detinha o conhecimento dos sintomas e sinais que constroem esse diagnóstico. A mãe da criança já tinha alguns dados da história clínica, mas os dados precisavam ser sistematizados e enredados com os resultados dos exames. Diante dessa reconstrução realizada a dois, especificamente nesse contexto, uma intervenção é proposta: a médica solicita os exames sorológicos de rastreamento da toxoplasmose para essa criança, a mãe e o irmão que tem um quadro de paralisia cerebral a esclarecer.

Constata-se, portanto que não havia uma sequência de consulta pré-definida. Os atores (médico e paciente) conduziram a história da paciente e as interpretações do médico num diálogo que, dependendo do lugar, do tempo e dos diversos elementos materiais presentes,

poderia ser encenado de maneiras diferentes. No ambulatório de oftalmologia, a encenação da toxoplasmose seria diferente em relação à do ambulatório de referência de toxoplasmose. Ambas seriam diferentes em relação à do ambulatório do infectologista. As materialidades dispostas em forma de ‘coisas’ (instrumentos, como o oftalmoscópio, no ambulatório de oftalmologia) e de ‘marcas’ (imagem do olho detectada pelo oftalmoscópio ou a ‘marca’ do PCR² na extração do DNA ou as ‘marcas’ provenientes dos resultados do IgG e IgM) produzidas por essas ‘coisas’, ambas articuladas às ‘ideias’ (o oftalmologista tem a ‘ideia’ de toxoplasmose diferente da que tem o clínico geral que, por sua vez, difere da formada pelo infectologista), condicionam *scripts* que se multiplicam. Até mesmo considerando apenas um tipo de especialidade, como a oftalmologia, os diálogos se multiplicarão conforme a articulação entre as ideias-marcas-coisas dispostas como elementos do cenário. Raramente, pelo menos na investigação realizada para este estudo, o oftalmologista solicitou exames sorológicos (IgG e IgM para toxoplasmose). As ‘marcas’ mais valorizadas pelo oftalmologista são as imagens do olho, principalmente as lesões do tipo I e II³, consideradas, sem margem de erro, como decorrentes da toxoplasmose. Por outro lado, não se observou, no ambulatório de referência de toxoplasmose, o uso de oftalmoscópio: a ‘coisa’/oftalmoscópio não faz parte do cenário do ambulatório de referência de toxoplasmose; nesse ambulatório, as ‘marcas’ mais frequentes são os resultados dos exames sorológicos. Além disso, as ‘ideias’ que se articularam às ‘marcas’ e às ‘coisas’ são diferentes, considerando os ambulatórios de oftalmologia, de referência de toxoplasmose, de obstetrícia, de infectologia.

As realidades são, portanto, diferentes de um cenário para outro, sendo também multiplas. Um cenário, considerando uma especialidade, exclui o outro, ou seja, a reconstrução ontológica do diagnóstico da toxoplasmose feita num ambulatório de clínica de toxoplasmose é diferente da que se realiza num ambulatório de oftalmologia, que é diferente da que se realiza num laboratório de biologia, no qual se realiza a técnica de extração do DNA. Num laboratório de biologia, por exemplo, não há humanos para a tessitura de uma história clínica e nem globos oculares para a realização de ‘fundo de olho’; existem porções de sangue guardadas nas geladeiras e camundongos produzindo trofozoítas (*Toxoplasma gondii*) para serem posteriormente sacrificados.

A incompatibilidade de um cenário em relação ao outro não seria, portanto, uma questão de semântica que poderia levar à dificuldade de tradução de um lugar para outro. O biólogo, o oftalmologista e o clínico se entendem: todos falam da mesma toxoplasmose, com conhecimento de seus aspectos principais e de suas manifestações nos diferentes órgãos. Neste estudo, foram presenciados diversos momentos nos quais esses profissionais estavam presentes e falando da mesma doença. A incompatibilidade existente é de outra dimensão, a da prática, o que implica uma articulação dos elementos presentes (ideias-marcas-coisas) num cenário específico, isto é, num contexto espacotemporal. Uma dimensão, portanto, que condiciona reconstruções ontológicas diferentes. Ao mesmo tempo, há apenas um corpo como entidade independente e única. É esse único corpo que possibilita relacionar a toxoplasmose ocular com a toxoplasmose sistêmica e com as alterações genéticas que podem explicar as lesões oculares. Assim, a toxoplasmose manifesta-se ora como visão borrada, ora como gânglios aumentados, ora como lesões congênitas e ora como alterações genéticas. Manifestações diversas, ora unidas, ora não unidas, mas incorporadas à realidade física do corpo que as sustenta.

Caso 3

Marta, primípara de um mês, chega ansiosa com os resultados de exames sorológicos (as ‘marcas’), pois eles sugerem que ela tem a infecção/doença toxoplasmose: IgG e IgM altos. Ela foi encaminhada pelo obstetra para esse ambulatório de referência devido aos resultados dos exames, sugestivos de toxoplasmose crônica. A médica esclarece que até o momento não se confirmou, na literatura científica, nenhuma possibilidade de toxoplasmose congênita decorrente de toxoplasmose crônica da mãe, a menos que haja alguma imunodeficiência, como a Aids. Uma infecção aguda na mãe condicionaria IgG baixo e IgM subindo, afirma a médica, assim atenuando a ansiedade dessa gestante.

O cenário no qual o objeto infecção/doença toxoplasmose é manipulado para ser reconstruído ontologicamente é como um jogo de quebra-cabeça. Tal como nesse jogo, as diversas peças (ideias-marcas-coisas + história clínica + resultados dos exames + idade da mãe + contato com gato + primiparidade) necessitam ser manipuladas por pelo menos duas mãos (a do paciente e a do médico) para que um quadro surja (uma imagem) e uma intervenção (a melhor possível) possa ser apresentada.

Se nesse cenário não houve indicação de intervenção, talvez houvesse em outro. Uma das pesquisadoras do Congresso Internacional do Toxoplasma afirmou que as mulheres com lesões oculares (cicatrizes toxoplasmáticas retinianas antigas) e anticorpos IgG circulantes, estabilizados para toxoplasmose, ‘ainda’ apresentam o risco de transmitir a doença para ao feto (Marques da Silva, 2010). Essa afirmação é muito recente e contradiz a encontrada geralmente nos livros didáticos e nos manuais médicos, que sustenta que a transmissão fetal só ocorre quando a mulher se infecta pela primeira vez nos meses antecedentes próximos à gestação ou durante seu curso. Nesse cenário do ambulatório de referência de toxoplasmose, entretanto, a afirmação que a pesquisadora apresentou no Congresso não foi levada em consideração. Foi seguido o protocolo recomendado nos manuais. A gestante, em busca de um feto saudável, sai desse cenário sem a ansiedade inicial, embora essa não tenha sido definidora da tomada de decisão e nem da reconstrução do diagnóstico.

Considerações finais

Este é um estudo do momento de atenção à saúde de uma gestante em sua busca de um feto saudável. Embora com apenas três casos apresentados, constata-se a complexidade desse momento da prática médica. Muitos pesquisadores já o fizeram, e espera-se ter acrescentado outra dimensão: a da multiplicidade dos objetos que se formam a partir das diversas reconstruções no momento de atenção à saúde, viabilizando intervenções diferentes. Essa dimensão é fruto de um olhar pela filosofia empírica que, além de possibilitar o entendimento da reconstrução ontológica de um objeto, o esclarece em relação às intervenções que ocorrem na prática médica. Considerando as intervenções, a normatividade epistemológica decorrente da filosofia do conhecimento determinaria que a tomada de decisão fosse norteada pela certeza científica. A normatividade decorrente da filosofia empírica, entretanto, é diferente. Pelo fato de estar no domínio da prática, o que passa a ser considerado para a melhor tomada de decisão depende do objeto que foi reconstruído no momento da atenção e no sentido da melhor intervenção possível naquele momento e na tecnicidade existente (contexto

espaçotemporal). Isso condiciona o ato ‘tomada decisão’ a revestir-se de caráter de radical contingência e pragmatismo. Com essa reflexão, pode-se afirmar que a ontologia não seria relacionada apenas à coisa em si, que é considerada revestida de caráter imutável. A ontologia considerada na filosofia empírica tem o caráter de só se tornar realidade ao ser incorporada à prática, como no caso da atenção à saúde. Além disso, o paciente passa a estar na posição de sujeito ativo e não na de mero objeto de intervenção. É, portanto, uma ontologia que se revela atualizada, pois, além de possibilitar a reconstrução de um objeto na prática, situa o paciente como sujeito ativo e informa como se organizam os sistemas de saúde, os ritmos e as queixas dos pacientes e as tecnologias envolvidas nesse processo.

Reiteramos Mol (2002) quando afirma que os conhecimentos e os objetos da ciência são parte da vida, elementos da prática diária envolvidos nos eventos, nas materialidades. Que ao serem manipulados diferentemente, poderão – e já o fazem – acarretar intervenções diferentes, sendo algumas não mais norteadas pela ‘certeza científica’. Assim, se a filosofia do conhecimento justifica a ação a partir da dimensão da certeza, e a filosofia empírica, ao revelar as várias versões de um mesmo objeto – suas várias reconstruções – expõe uma questão complexa: como conviver com a ‘dúvida’, considerando que os objetos são reconstruídos, e, mesmo assim, realizar as intervenções? A questão da filosofia do conhecimento seria: ‘Considerando que esse é o conhecimento verdadeiro para esse objeto, qual a intervenção a ser realizada?’ Conviver com a dúvida seria incorporar a passagem saudável para a questão da filosofia empírica, que assim se apresentaria: ‘Qual a melhor intervenção possível, considerando a reconstrução ontológica que foi realizada nesse momento a partir dos envolvidos que articularam as ideias-marcas-coisas nesse contexto spaçotemporal?’

Como constatado nessa pesquisa, a passagem já está feita, mas, ainda, não devidamente valorizada. Reconhecê-la é o primeiro passo. Valorizá-la contribuiria para o redimensionamento da prática médica. Considerando a possibilidade de redimensionamento da prática médica, este é um estudo que poderá contribuir para a teorização da política ontológica da medicina (Mol, 2002). Além de incorporar a possibilidade do paciente como sujeito ativo na construção do diagnóstico de sua doença, este estudo abordou os caminhos nos quais os objetos da infecção/doença toxoplasmose foram encenados/reconstruídos, os corpos foram modelados, e as vidas deslocadas.

NOTAS

¹ De maneira mais simplificada e resumida, a interpretação dos resultados sorológicos segue a seguinte combinação. IgG positivo e IgM negativo: infecção crônica com imunidade; IgG positivo e IgM positivo: infecção recente ou aguda; IgG negativo com IgM positivo: infecção aguda; IgG negativo com IgM negativo: suscetível à infecção.

² PCR, Polymerase Chain Reaction, ou reação em cadeia de polimerase, é um método de amplificação (criação de múltiplas cópias) de DNA (ácido desoxirribonucleico) sem uso de organismo vivo. É usado habitualmente nos laboratórios de investigação médica e biológica para uma variedade de tarefas, tais como detecção de doenças hereditárias (identificação de ‘impressões digitais’ genéticas), construção de árvores filogenéticas (árvores de relação entre espécies), clonagem de genes, testes de paternidade e exames para detecção de agentes patogênicos.

³ Indivíduos com lesões retinianas toxoplasmáticas, com alto grau de destruição tecidual, caracterizadas por cicatrizes atróficas com halo pigmentado, serão classificados como portadores de lesão do tipo I. Indivíduos com lesões retinianas toxoplasmáticas, com considerável grau de destruição retiniana, caracterizadas por cicatrizes pigmentadas com halo atrófico, serão classificados como portadores de lesão do tipo II. Indivíduos

apresentando lesões retinianas, com menor grau de destruição tecidual, cuja etiologia deixa margens de dúvida de ser ou não causada pela infecção toxoplasmica, e caracterizadas por cicatrizes pigmentadas e/ou atróficas, serão classificados como portadores de lesão do tipo III (Oréfice, Bahia-Oliveira, 2005).

REFERÊNCIAS

- HACKING, Ian.
The self-vindication of the laboratory sciences.
In: Pickering, Andrew (Ed). *Science as practice and culture*. Chicago: The University of Chicago Press.
p.29-64. 1992.
- LATOUR, Bruno.
A esperança de Pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos. Trad. Gilson César
Cardoso de Souza. Bauru: Edusc. 2001.
- MARQUES DA SILVA, Vera Lucia.
Em busca do feto saudável: idéias, marcas e coisas em articulação e em manipulação. Relatório
(Pós-doutorado) – Instituto de Medicina Social,
Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2010.
- MOL, Annemarie.
The body multiple: ontology in medical practice.
Durham: Duke University Press. 2002.
- ORÉFICE, Fernando; BAHIA-OLIVEIRA, Lilian
Maria Garcia.
Toxoplasmose. In: Oréfice, Fernando (Ed.). *Uveíte clínica e cirúrgica*. Rio de Janeiro: Cultura Médica.
p.619-680. 2005.

