



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em  
Saúde Coletiva  
Brasil

Tesser Dalcanale, Charles; Luz Therezinha, Madel  
Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina  
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 7, núm. 2, 2002, pp. 363-372  
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63070215>

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

redalyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina

An introduction to the contributions  
of contemporary epistemology to medicine

Charles Dalcanale Tesser <sup>1</sup>  
Madel Therezinha Luz <sup>2</sup>

**Abstract** *This paper discusses critically the hegemonic epistemology as applied to scientific medicine and its connections to some of the clinical dilemmas experienced by professionals and sick people, such as the difficulties in diagnostic fit and the doctor-patient relationship, fragmentation of diseases due to medical specialization, growing iatrogenesis, etc. It also makes the connection between this epistemology and the lack of a better and more harmonious relationship between scientific medicine and other forms of knowledge and practices in health. This hegemonic epistemology is characterized by a bio-mechanical, representational, positivist paradigm, based in diseases from the scientific lexicon. The article then introduces a new epistemological viewpoint with ideas from the theoretical convergence of contemporary authors from the natural sciences who form the front line in an innovative epistemological current still under formation called "co-constructive." Finally, the text outlines some of the possible developments in the application of this "co-constructive" in health, indicating contributions and challenges proposed by this new epistemological perspective for the area of health and scientific research.*

**Key words** *Epistemology, Methodology, Alternative medicine, Social medicine, Preventive medicine*

**Resumo** *O artigo parte de alguns dilemas clínicos vividos pelos profissionais e doentes, tais como dificuldades de enquadramento diagnóstico e relacionamento médico-paciente, para relacionar aspectos desses dilemas com a epistemologia hegemônica aplicada na biomedicina, a qual é caracterizada por um paradigma biomecânico, positivista e representacionista, centrado nas entidades doenças da nosografia biomédica. Estabelece conexão entre esta epistemologia e a ausência atual de um maior e mais harmonioso entrosamento da biociência com outros saberes/práticas de saúde não-científicos. Como contribuição à busca de resolução dos problemas discutidos, são introduzidas algumas idéias epistemológicas provindas da convergência teórica de autores da epistemologia contemporânea das ciências naturais que se constituem em viga mestra de uma inovadora vertente epistemológica ainda em formação, aqui chamada "co-constructivista". Por fim, são esboçados alguns desdobramentos da aplicação deste "co-constructivismo" na saúde, indicando possíveis contribuições e desafios propostos por essa perspectiva epistemológica para a área da saúde e para a pesquisa biomédica.*

**Palavras-chave** *Epistemologia, Metodologia, Medicina alternativa, Medicina social, Medicina preventiva*

<sup>1</sup> Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas. Cidade Universitária Zeferino Vaz, 13081-970, Campinas SP. charlestesser@uol.com.br  
<sup>2</sup> Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

## Introdução

Este artigo oferece uma introdução a certas idéias da epistemologia contemporânea e sua aplicação preliminar ao universo do saber e fazer em saúde, procurando explorar algumas contribuições dessas idéias para atenção à saúde biomédica e à pesquisa em saúde.

Trata-se de um ensaio que oferece uma crítica à epistemologia hegemônica na saúde tomada como visão epistemológica aplicada na atenção à saúde (e na pesquisa biomédica). Discute alguns desdobramentos problemáticos dessa visão na prática médica e no relacionamento da biomedicina com outras medicinas ou tradições de cura. Como contribuição ao enfrentamento das questões levantadas, apresenta algumas idéias que se constituem em eixo de uma tendência ainda em formação na epistemologia contemporânea das ciências naturais. Por fim, ensaia uma primeira aplicação dessas idéias à saúde, discutindo algumas potencialidades e mudanças desafiadoras, daí advindas, na pesquisa médica futura e na clínica biomédica.

O artigo sintetiza resultados parciais de pesquisa de doutorado em andamento, numa abordagem voltada para os desafios da atualidade da atenção à saúde, sendo por isso um texto propositivo. Enfatiza aspectos aplicados de idéias epistemológicas, sem objetivar discuti-las em sua profundidade especializada ou cotejá-las no debate epistemológico atual, assim como não pretende tratá-las historicamente ou teoricamente, o que não caberia num artigo deste porte. Propõe-se a apresentá-las e discuti-las resumidamente, dada a hipótese de sua considerável relevância, pouca difusão e alguma originalidade.

Desde já, reconhecemos que fatores históricos, políticos e contextuais têm profunda influência nos problemas abordados, tanto no que diz respeito às questões conceituais quanto práticas. O desvio proposital desses fatores se justifica pelo objetivo de fazer um *zoom* em certos aspectos epistemológicos aplicados, que julgamos dignos de atenção por si só e que comumente não são tratados de forma específica.

Um dos nossos pontos de partida é a percepção da existência de dilemas e conflitos na interação entre médicos e pacientes (Luz, 1997) e entre médicos e demais curadores na sociedade, problemas esses cuja existência é relevante e notória (Barros, 1997; 2002).

Focalizando a prática clínica biomédica atual, desnudam-se tensões e problemas de co-

municação e de confiança entre doentes e terapeutas, notoriamente em relação aos médicos. Esses problemas podem ser exemplificados por situações muito comuns: médicos e doentes se desentendem; os processos diagnósticos não raro se frustram, geram situações anômicas e por vezes são iatrogênicos. Feitos os diagnósticos, freqüentemente surgem dilemas terapêuticos, limites terapêuticos ou mesmo ausência de terapêutica. Quando a terapêutica é cientificamente consensual, aparecem de novo problemas quanto a seus riscos, seus custos, suas iatrogenias e suas restrições de abrangência (referenciada na patologia, deixa de lado a "longitudinalidade" do processo saúde-doença do paciente). São comuns os dissensos simbólicos entre profissional e doente e, quando isso não ocorre, aparecem as dificuldades de adesão aos tratamentos médicos prolongados, principalmente nas chamadas doenças crônicas, cuja incidência e prevalência parecem só aumentar. No dia-a-dia da clínica biomédica é muito freqüente que doentes sejam dispensados ou encaminhados a outra especialidade por falta de diagnóstico. Ou ainda, que sejam tratados de duas doenças como se fossem dois pacientes, devido à suposta especificidade da terapêutica (Sayd, 1998). Não é raro que a doença diagnosticada pelo médico tenha pequena intersecção com a constelação de sintomas, sinais, símbolos e sentidos elencados pelo doente como seus problemas de saúde. Igualmente é comum que o médico esgote rapidamente seu arsenal terapêutico sem resolubilidade clínica satisfatória (Tesser, 1999). Podemos chamar de *crise de harmonia clínica* ao conjunto desses dilemas e tensões que ocorrem cotidianamente nos atendimentos biomédicos nos serviços de saúde.

Existiriam aspectos epistemológicos do saber/prática médicos envolvidos de forma relevante nesses problemas? Nossa hipótese é que sim. Todavia, antes de os abordarmos, vale comentar que, por outro lado, nos últimos 30 anos, no mundo ocidental, outras medicinas e práticas de cuidado e tratamento de saúde vêm ganhando força e adeptos de forma consistentemente crescente. Seja por seu caráter mais econômico ou por estarem angariando clientela cada vez maior, seja por questões mais profundas envolvendo méritos próprios dessas tradições e práticas de cura, os tratamentos ditos alternativos, paralelos ou complementares vêm sendo cada vez mais respeitados, procurados e inseridos nos âmbitos institucionais de pesquisa e atenção à saúde.

Luz (1996), estudando esse movimento, cunhou a categoria “racionalidades médicas”, significando um sistema lógico e teoricamente estruturado que apresenta cinco dimensões interligadas, a saber, uma doutrina médica, uma morfologia, uma dinâmica vital, um sistema de diagnose e um sistema de terapêutica, embasadas em uma cosmologia. Distinguiu, assim, entre racionalidades médicas e o que se chamou de terapêuticas alternativas, as quais não apresentam pelo menos uma dessas dimensões. Segundo a autora, essas racionalidades e outras práticas tradicionais de cura têm a contribuir: 1) na reposição do sujeito doente como centro do paradigma médico; 2) na ressituação da relação médico-paciente como elemento fundamental da terapêutica; 3) na busca de meios terapêuticos simples, despojados tecnologicamente (menos dependentes de tecnologia “dura”), menos caros e, entretanto, com igual ou maior eficácia em termos curativos nas situações mais gerais e comuns de adoecimento da população; 4) na construção de uma medicina que busque acentuar a autonomia do paciente, e não sua dependência em termos de relação saúde/enfermidade; por fim, 5) na afirmação de uma medicina que tenha como categoria central de seu paradigma a categoria de Saúde e não a de Doença (Luz, 1997).

Porém, ainda que socialmente isso se verifique, a velocidade da repercussão dessas mudanças no trato cotidiano dos doentes pelas instituições de saúde biomédicas e seus profissionais tem sido lenta. Academicamente, o estudo dessas diferentes tradições de cura tem se resumido ao enfoque socioantropológico e político, cujo poder de diálogo e influência na atenção à saúde oficial e no ensino médico é mínimo, se houver. Para além das barreiras políticas, outras de natureza epistemológica contribuem para dificultar o estudo de e o diálogo com diferentes medicinas ou tradições de cura, deixando entrever o que poderíamos chamar de *crise de convivência* social e cultural de várias formas diferentes de entendimento e tratamento em saúde-doença.

Doutra parte, a própria epistemologia hoje hegemônica aplicada na área da saúde e na medicina obscurece vários pontos críticos do saber científico e de sua aplicação na clínica, dificultando uma melhor resolução cotidiana dos dilemas da atenção à saúde biomédica, seja na prevenção, seja na terapêutica.

Iniciando uma discussão dos aspectos epistemológicos desses problemas de *harmonia clínica*

e de *convivência* entre terapeutas (ou medicinas) diferentes, sintetizaremos a seguir uma breve crítica da epistemologia hegemônica aplicada no cotidiano da atenção à saúde e suas implicações nos problemas dessa atenção. Depois disso, discutiremos em linhas gerais uma nova perspectiva epistemológica ainda nascente na ciência e suas possíveis repercussões benéficas sobre a área da saúde e sobre as tensões entre as medicinas existentes, finalizando com algumas perspectivas daí advindas para a pesquisa biomédica e a própria clínica.

### A epistemologia hegemônica na saúde

A medicina científica moderna, a partir do nascimento da clínica descrito por Foucault (1980) até os dias atuais, desenvolveu progressivamente entre seus praticantes e pesquisadores um imaginário nitidamente mecanicista e analítico, em que o todo é dado pela soma das partes e impera uma noção de causalidade linear, apesar das recentes mudanças ocorridas na cosmologia científica, principalmente providas da física (Camargo Jr., 1993). A perspectiva epistemológica da biomedicina é positivista, assentada na pressuposição de *encontrar na Razão (...) um critério inequívoco de determinação de cientificidade, freqüentemente associado de modo excludente a ideais de verdade e reprodução fidedigna de um mundo “real”* (Idem). Ou seja, trata-se aí de estudar o que ocorre na realidade observada de forma “objetiva”. Essa perspectiva pressupõe que a realidade está dada, à espera de um agente cognitivo – o cientista – “que desceu de pára-quedas num mundo pré-dado e que extrai suas características essenciais por um processo de representação” (Varela *et al.*, 1991). O conhecimento científico seria uma representação fiel da realidade observada e a cognição, o processo pelo qual se chega a esta representação.

O cientista, no nosso caso, é o investigador biomédico e a realidade a ser estudada e tratada são as doenças dos pacientes.

Segundo Camargo Jr. (1993), não há propriamente uma teoria ou um conceito biomédico de doença explicitamente posto. Todavia, há algumas proposições que não estão escritas em lugar nenhum, que *operam* como se fossem uma “teoria das doenças”: *as doenças são coisas, de existência concreta, fixa e imutável, de lugar para lugar e de pessoa para pessoa; elas se expressam por um conjunto de sinais e sintomas, que*

*são manifestações de lesões, que devem ser buscadas no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta.* Não sendo explicitadas, tais proposições não podem ser confrontadas nem discutidas, impregnando cada palmo da atividade médica.

Assim, na lógica hegemônica da biociência, a realidade supostamente objetiva da doença se manifestaria através dos “dados objetivos” obtidos de maneira sistemática, seja das pesquisas científicas, seja de cada doente. *Das primeiras obter-se-ia a real definição, classificação e mecanismos de ação das doenças, com respectivos corretores mecânicos e químicos – no que consiste o saber médico diagnóstico e terapêutico. De cada doente só se teria que resolver o enigma de descobrir qual a entidade doença que nele se apresenta e eliminá-la* (Tesser, 1999).

Esta ontologização das doenças, no entanto, mostra-se ilusória. Porém, o caráter construtivo das mesmas não é fácil de ser percebido. As disciplinas que definem as doenças operacionalmente são, em essência, a clínica e a epidemiologia (Camargo Jr, 1993). A articulação teórico-metodológica que envolve, por um lado, a clínica e suas disciplinas auxiliares (anatomia, fisiologia etc.) e, por outro lado, a epidemiologia, é complexa. Ela ocorre de tal modo que as primeiras (o primeiro lado) usufruem da legitimação e usam os resultados fornecidos pela segunda como dados da realidade e vice-versa (Mendes Gonçalves, 1994; Almeida F<sup>o</sup>, 1992; 1994). Isso, juntamente com a tradição disciplinar e o estilo de pensamento próprios de cada área, gera um apoio tautológico operacional que obscurece o processo de construção das entidades doenças. Tal apoio mútuo cumpre o papel de criar a ilusão da preexistência das doenças da nosografia biomédica, tanto para os médicos como para os doentes. Isso é um exemplo do processo de transformação de conexões cognitivas ativas (pressuposições, teorias, conceitos, saberes aceitos etc.) em passivas (resultados obtidos da realidade) e vice-versa; transformação esta ininterrupta e típica da atividade cognitiva em geral e também científica, conforme descrito por Fleck (1986). Outrossim, um dos principais resultados sociocognitivos da construção das verdades e fatos científicos em geral é o completo apagamento do árduo, polêmico e tortuoso caminho dessa construção, até que tais verdades pareçam pura evidência (Latour, 1997; 2000).

Por outro lado, o questionamento dos modelos biomecânicos de explicação das doenças

e da própria fisiologia já foi iniciado na literatura, ainda que recentemente, (por exemplo, Sacks, 1997a; e b; Dossey, 1998; Benson & Stark, 1998; Castiel, 1994; Costa, 1994), mas pouco ou quase nada interferiu nas direções do desenvolvimento teórico da medicina em geral e nas realidades da prática de atenção à saúde biomédica. A chamada teoria molecular da causação das doenças, se já apresentou grandes resultados e ainda promete muitos, parece que pouco satisfaz a necessidade de abordagem de doenças e agravos que resistem à objetivação material de mecanismos de causação que possam ser combatidos físico-quimicamente de forma eficaz como “causas” ou mesmo como mecanismos fisiopatogênicos (Castiel, 1994; Sabroza, 1994).

Conforme discutimos em outro momento (Tesser, 1999), pode-se dizer que a vigência plena de um paradigma biomecânico (que chamamos de positivismo mecanicista) na pesquisa e na atenção à saúde biomédicas reforça cegueiras e dilemas importantes nessas dificuldades de “intercâmbio cultural” e de significação dos adoecimentos e tratamentos envolvidas no que chamamos de crise de harmonia na atenção à saúde, seja entre médicos e doentes, seja entre médicos e demais curadores não-científicos.

Na acepção de Kuhn (1986, 1989), toda matriz disciplinar ou paradigma, orientador de uma “fase normal” do desenvolvimento de uma disciplina científica, é pouco ou nada questionada internamente pelos seus praticantes. Isso aplicado à biomedicina de hoje, que pode ser considerada, em parte, um campo científico em desenvolvimento “normal”, resulta em que certas categorias e conceitos recebem muito *empenhamento*, ontologizando-se e monopolizando a atenção.

As entidades doenças são os construtos teórico-operacionais em torno dos quais gira toda a abordagem da biomedicina. Devido ao excesso de importância metodológica que converge para elas, as doenças tornaram-se, para efeitos práticos, ontologizadas, ou seja, são tão profundamente defendidas que adquirem um *empenhamento* metafísico e passam a dominar todo o *proceder* investigativo (metodológico), teórico e terapêutico biomédico, tornando-se partes da realidade. Os biomédicos, por isso, estão sempre referenciados nelas na sua atividade de cura ou de investigação e têm seu olhar restringido e dirigido por elas e pelos saberes instituídos a seu respeito: evolução, mecanismos fisiopatogênicos, terapêutica, prognóstico etc. Outros padrões, formas e possibilidades de

interpretações de adoecimentos (outras maneiras de “construir” doenças) não são admitidos.

Nesse contexto, curas, agravações, sintomas ou sinais que sejam inexplicáveis, não previstos ou contraditórios pelas teorias em vigor (ou não se enquadram na grade nosológica científica) são negados, reinterpretados ou omitidos pelos biomédicos. Não chegam, assim, a ser construídos como *fatós*, no cotidiano da atenção à saúde, nem fenômenos dignos de interesse na pesquisa científica (cf. Kuhn, 1986; Fleck, 1986). Costumam ser reinterpretados como erros diagnósticos, evoluções anômalas, reações adversas ou idiossincráticas, sintomas psicossomáticos etc. Esse processo de “cegueira paradigmática” ajuda a entender por que tradições terapêuticas diferentes são reconhecidas à luz da biomedicina e da ciência apenas como mágicas, místicas, crendices etc. (cf. Fleck, 1986). E faz também com que algum conteúdo “empírico-factual”, ali por ventura existente, mereça atenção somente como indício para pesquisa futura nos moldes biomédicos existentes.

Centrada nos procedimentos padronizados referidos às doenças, a atenção à saúde biomédica tende a se tecnificar e se desumanizar. Dessa forma, contribui para a confusão entre a “má prática” e as limitações do próprio saber e diminui o potencial terapêutico da própria biomedicina. Além disso, essa perspectiva reforça a ênfase, hoje vigente, no uso de tecnologia biomédica dura (materializada em equipamentos diagnósticos e terapêuticos interpostos entre o médico e o doente), obscurece a importância da relação médico-paciente, secundariza a terapêutica em favor do diagnóstico e submete os médicos a um racionalismo e a um objetivismo excessivos, induzindo, por fim, os não-enquadráveis a uma *via crucis* pelas especialidades médicas.

Outra mudança significativa que foi promovida pela ideologia positivista na metodologia médica foi o condicionamento da terapêutica ao conhecimento da doença ou de seus mecanismos fisiopatogênicos (Almeida, 1988). Paradoxalmente, por outro lado, o grande prestígio simbólico da biociência impõe que dos médicos e sua quimioterapia ou cirurgia deva sair a cura de todos os males dos doentes. Isso se traduz na prática clínica em medicalização crescente de quaisquer sintomas e incômodos e diminuição progressiva e *contraprodutiva* da autonomia das pessoas em saúde (Illich, 1975).

A cientificação positivista da medicina ajudou a gerar uma nova transcendência inatingí-

vel, fonte de todo poder/saber e toda responsabilidade terapêutica: a instituição Ciência. É ela agora que deverá resolver todos os problemas de saúde, ao menos no âmbito do saber. E os sujeitos terapeutas, médicos e demais profissionais de saúde, passaram progressivamente a ser técnicos, como que cientistas aplicadores da ciência “normal” (cf. Kuhn, 1986) que devem resolver um pequeno enigma a cada novo doente: qual a doença que o doente tem? Resolvido esse enigma, acabaram seus problemas e desafios: é aplicar a terapêutica padronizada em voga na atualidade científica. Se o doente não melhora, ou piora, ou “reage”, ou “muda de doença”, nada se pode fazer. Os doentes e a sociedade esperam dos médicos o brilhantismo da cura, mas, paradoxalmente, é deles que foi extirpada toda a responsabilidade e o poder da terapêutica, entregue à indústria farmacêutica e ou, na melhor das hipóteses, à pesquisa científica (supondo esta distinta daquela).

As doenças, seus critérios diagnósticos e fatores de risco, de intersecção variável com o adoecimento e a vida vividos pelos doentes, obscurecem um vislumbre sobre a evolução global do paciente. Este está “esquartejado” epistemologicamente por síndromes e doenças de aparelhos orgânicos (e especialistas) bem separados por uma fisiologia e fisiopatologia biocênica que sabe muito de patologias, microorganismos, moléculas, órgãos, tecidos e sistemas do corpo e pouco das ligações e inter-relações sutis e complexas entre tudo isso e a vida vivida do doente.

Assim, o enrijecimento metodológico positivista do conhecimento médico em torno da objetivação das entidades doenças está envolvido no desvio do interesse biomédico da cura do doente em direção ao diagnóstico e cura da doença (Luz, 1996). Tal desvio, que além de ocorrer na prática clínica, é epistemológico e metodológico, desdobra-se em dilemas ético-terapêuticos cotidianos que estão envolvidos nas crises citadas de *harmonia clínica* e de *convivência* da medicina científica com outras medicinas.

### Uma nova epistemologia co-construtivista

A partir da década de 1960, uma nova tendência epistemológica contemporânea vem se conformando, a qual chamamos aqui co-construtivista, provisoriamente e à falta de expressão



melhor. Em termos muito gerais, ela diferencia-se dos construtivistas radicais, que defendem que a realidade física e social é uma construção sociolinguística, e dos realistas, os quais pensam que a realidade pode ser “objetivamente descrita” pela ciência, ainda que esta descrição seja imperfeita e sempre provisória. Encontramos essa tendência entre alguns autores considerados pós-positivistas. Como na biociência a tendência realista impera quase absoluta, daremos ênfase à possibilidade da leitura construtivista desses autores, para tornar mais clara nossa proposta co-construtivista.

Segundo os co-construtivistas, a realidade vivida é formada pela interação do ser vivo, no nosso caso, do homem, com o mundo e já não se pode mais requisitar a fidelidade a dados independentes como único fundamento do saber. Para eles, as realidades são acessíveis aos homens e aos cientistas através de ativa co-construção perceptiva (cognitiva) dos que as estudam, norteadas, direcionadas e limitadas pela estrutura biológica do homem, pelo modo como os cientistas pensam e agem, pelos seus pressupostos cosmológicos, culturais e políticos, pelos métodos usados, pelos objetivos aspirados, pelo *estilo de pensamento* presente (cf. Fleck, 1986) etc.

Vários autores contemporâneos, como Kuhn (1986, 1989), Fleck (1986), Lakatos (1979), Feyerabend (1979, 1982, 1985, 1991), Whorf (1971), Varela & Maturana (1984, 1997), Maturana (1998, 1999, 2001), Varela (1990), Varela *et al.* (1991), dentre outros, constituem essa tendência nascente e concordam em pôr fim à ilusão representacionista do positivismo, que é de certa forma de toda a filosofia, da epistemologia e da própria ciência em geral. Também Rorty (1994) dedica toda uma obra a desmontar esta imagem da nossa “mente” como um espelho da natureza, em que propõe dispensar a visão do conhecimento como representação do mundo real.

Baseados em trabalhos epistemológicos importantes, representados por autores como Kuhn, Lakatos, Feyerabend e Fleck, que desenvolvem um enfoque epistemológico “externo” aos sujeitos cognoscentes, podemos afirmar que o conhecimento sob forma de representação, mesmo o científico, está enraizado e ligado à comunidade humana específica que o produz, em termos culturais e sociológicos, não sendo parecido com uma fiel representação da natureza ou da realidade. Através dos conceitos desenvolvidos por esses autores – paradigmas

de Kuhn (1986), programas de pesquisa científica de Lakatos (1979), tradições de Feyerabend (1991) e estilos de pensamento e coletivos de pensamento de Fleck (1986) – podemos propor que não é possível no conhecimento representacional (ou sob a forma de pensamento) um acesso puro a algo que seria uma realidade objetiva. Sempre há esse intermediário seletivo e ao mesmo tempo gerador, base de todo movimento cognitivo, que é a cultura, os interesses, os valores, as tradições, os paradigmas, os estilos de pensamento, o treinamento e a aprendizagem que todas as pessoas carregam, que possibilitam o conhecimento desse tipo e do qual só podem muito parcial e precariamente se despir. Por mais honesta e esforçada que seja essa busca de um puro conhecimento objetivo, ela está fadada a um insucesso, restrita à cultura, a certos valores, objetivos e pressupostos filosóficos e metafísicos.

Como propôs Benjamin Lee Whorf (1971), ainda supondo o máximo de despojamento e descolamento cultural, a própria linguagem (falada) contém nas suas regras e estruturas uma modelagem do mundo, um certo pressuposto de como o mundo é, de tal forma que o investigador estará restrito, desviado e limitado a descrever ou se comunicar a respeito do mundo em termos que o enquadram, deformam, limitam e predeterminam.

Dessa forma, por estes autores que têm um enfoque “externo” ao sujeito cognoscente, vem que o próprio conhecer é cultural e social e está já estruturando a realidade.

De forma convergente, por outra vertente que analisa a cognição por um viés “interno” ao sujeito cognoscente, Maturana (1998, 1999, 2001) e outros autores como Varela (1990) e Varela *et al.* (1991) chegaram a conclusões semelhantes. Maturana nos diz que a fisiologia dos seres vivos e do próprio sistema nervoso é fechada funcionalmente sobre si ao mesmo tempo que continuamente em interação com o meio externo e que não é possível a geração de representações ou linguagem de caráter objetivo, independente do sujeito que faz a afirmação. Esta conclusão radical faz o autor reconceitualizar as noções de linguagem, conhecimento, percepção etc., para propor a sua “biologia do conhecer”. Nela, mostra que não é sustentável, biológica e neurofisiologicamente, qualquer argumento em favor de uma objetividade; ou seja, em favor de uma referência a algo objetivo e independente, transcendente ao sujeito que afirma, sujeito este que teria algum

acesso privilegiado ao real. Tal aspiração pode ser compreendida como um recurso político, de poder: um argumento que exige submissão, que quer ser absolutamente convincente e único na definição de uma suposta "verdade" (Maturana, 1999).

As idéias destes dois grupos de autores (de enfoque externo e interno aos sujeitos da cognição), mencionados apenas brevemente, permitem esboçar um tendência inovadora em epistemologia que chamamos, provisoriamente, de co-construtivista. Pois que, no co-construtivismo, a realidade é pensada sempre em co-construção pela interação do ser cognoscente e seus pares com o mundo misterioso fora dele.

Segundo Varela *et al.* (1991), o processo de cognição nos seres vivos e no homem apresenta certas características singulares diversas do senso comum e da maioria das epistemologias. Uma delas é que a cognição não é a representação de um mundo pré-dado, independente, mas, em vez disso, é a criação de um mundo. O que é criado não é "o" mundo, nem uma representação "do" mundo, mas sim "um" mundo. É claro que não se trata de sustentar que há um vazio lá fora. Há um mundo lá, mas ele não tem nenhuma característica predeterminada. Ou seja, não se afirma que não há nada, mas sim que não existem "coisas", que não há um mundo que seja independente do processo de cognição. O que ocorre é que os seres vivos e nós homens *co-criamos um mundo* na nossa interação com a natureza, que nasce junto conosco e conosco se transforma. Não um mundo imaginário, nem "o" mundo real (objetivo), mas um mundo que é o "nosso" mundo. A cognição aí não é só representação, mas co-construção misteriosa que se dá na interação do ser vivo com o mundo.

Olhando para a área da saúde sob a perspectiva co-construtivista esboçada, as realidades a serem investigadas ou tratadas pela medicina podem se ampliar e se tornar mais complexas. Podem não se referir apenas à entidade doença e sua evolução no paciente. Não se trata de afirmar que as doenças não existem. As pessoas ficam doentes e sofrem. Pode-se dizer que as doenças existem, mas que não têm características específicas predeterminadas. No encontro terapeuta-doente forma-se uma ou várias doenças. Todo o instrumental teórico, conceitual, clínico e tecnológico (duro) biomédico não reflete alguma evolução que finalmente desvende a real natureza das doenças e sua cura, porque as doenças são co-construídas

pelos médicos e doentes no seu processo de viver, sofrer, interpretar e curar. Trata-se, pois, da evolução da co-construção de um mundo que se acopla a certo modo de viver, agir e perceber que gera valores, técnicas, classificações de doenças, ações em saúde-doença etc. O instrumental biomédico constitui-se numa interpretação possível dos fenômenos mórbidos e da vida, que permite determinados tipos de sentido e ação em saúde e acaba afastando outros.

Vistas sob esse ângulo co-construtivista, a medicina e a terapêutica podem mais facilmente se expandir para além da busca de uma suposta *verdade científica*. E ficam mais fáceis de serem superadas as disputas pelo poder social travestidas de disputas epistemológicas pelo estabelecimento das verdades ou dos métodos para obtê-las. As tensões herdadas da perseguição inicial da ciência pela religião podem se relaxar um pouco e com isso o furor pela posse da verdade pode se abrandar, contribuindo na abertura de horizontes compreensivos e dialógicos para com a diversidade das tradições e práticas de cura presentes na nossa sociedade. Além disso, sob esta ótica, a biomedicina pode ser analisada e, quiçá, enriquecida e transformada internamente com um resgate mais fácil dos mistérios e desafios impostos pelo sofrimento vivido dos doentes, sejam diagnosticáveis ou freqüentemente não-enquadráveis. Tais sofrimentos podem ganhar, assim, espaço epistemológico dentro do universo do saber-prática biomédico. E merecer tematização para além da doutrina que obriga o profissional a aliviar a dor do paciente, a qual desemboca na atual avalanche de uso dos sintomáticos químicos industrializados para males físicos e mentais, iatrogênica e desumanizante (Tesser, 1999).

As produções epistemológicas dos autores co-construtivistas citados, no que elas convergem conforme resumido acima, apontam, já agora, para a quebra de preconceitos arraigados e de fortes ilusões sobre a construção e a transformação dos saberes científicos e de outros saberes. Aplicadas à medicina e à biociência, elas podem facilitar a emergência da aceitação de que o doente, na sua vida, e o(s) terapeuta(s), na sua interação com o doente e na ação terapêutica, podem construir diferentes doenças e tratamentos, possivelmente coerentes (ou não), consistentes (ou não) e eficazes (ou não) que podem auxiliar o doente, melhorar sua saúde, enriquecer sua vida e sua autonomia (ou não), conforme certos valores e perspectivas. Estariam, assim, facilitados alguns ca-



minhos epistemológicos para estudos e diálogos não etnocêntricos com outras medicinas e tradições de cura não-científicas, ditas alternativas ou complementares. Assim como ficariam facilitados melhores diálogos dos próprios biomédicos com seus doentes e com a sociedade em geral. Diálogos estes que poderiam propiciar uma interação que resultará, por hipótese, e como experiências vem demonstrando (de que é exemplo a progressiva constituição do que vem se chamando medicina complementar – cf. Barros, 2002), em benefícios mútuos, particularmente para os doentes.

### Conclusão: perspectivas para a saúde

As idéias co-construtivistas esboçadas acima, aplicadas à saúde, ao esclarecerem o inexorável vínculo do conhecimento com os sujeitos, sua estrutura biológica, sua cultura, seus valores, sua comunidade e seu modo de vida, vêm clarear uma zona tensa e nebulosa que é a presença progressiva de várias medicinas e terapêuticas no mundo contemporâneo, assim como a ausência de um diálogo significativo entre elas e a biociência.

A epistemologia contemporânea co-construtivista pode contribuir para a compreensão dos conflitos entre a medicina científica e as demais racionalidades médicas e terapias, ao esclarecer que diferenças de estruturas de saber e prática entre elas não se relacionam em geral a hierarquias de veracidade (embora estas possam existir), mas sim a perspectivas culturais e de valores distintas, cosmovisões e visões de ser humano diferentes, concepções de saúde e de doença diversas, bem como lutas políticas intensas, algumas atávicas e outras recentes (Feyerabend, 1982, 1991).

A nosso ver, abrindo-se o componente de luta pela verdade e pelo poder social – dos curandeiros oficiais da sociedade –, o que é facilitado pela nova epistemologia aqui anunciada, seria possível o nascimento e desenvolvimento de uma epistemologia comparada que poderia dar à luz, num futuro não distante, uma comparação entre sistemas médicos sem adesão *a priori* a nenhum deles, pautada nos doentes e sua evolução clínica global (ou seja, não centrada nos diagnósticos biomédicos, como ocorre agora). Nesse sentido, todas as tradições de cura poderiam ser estudadas em seus próprios termos e assim seria fomentado o seu desenvolvimento e a sua ajuda mútua e comparação.

Como propôs Feyerabend (1991), poderíamos considerar os saberes e práticas em saúde-doença como “tradições” de cura, das quais a biomedicina é mais uma, no momento a mais poderosa no Ocidente. Isso permitiria que o monopólio ilusório da cura pela Ciência e pela corporação médica fosse aos poucos relativizado, os preconceitos se atenuariam e diversas tradições de cura, bem como distintas racionalidades médicas, com seus valores vitais, culturais e humanos, poderiam ser reconhecidos e explorados nas suas contribuições para a melhoria da atenção à saúde de forma geral, de modo a enriquecer as possibilidades terapêuticas para os doentes.

Além disso, a própria tradição biomédica poderia se beneficiar do desenvolvimento da epistemologia co-construtivista, a qual, aplicada à medicina, poderia facilitar uma melhor autocompreensão do que fazem e sabem os terapeutas biomédicos e uma percepção mais tranqüila dos limites desse saber/prática e de suas potencialidades. Esse co-construtivismo tenderia a facilitar o diálogo com os doentes e a devolução aos médicos do infindável desafio de tratar o melhor possível os adoecimentos dos seus pacientes, por misteriosos que eles sejam, para além de suas doenças cientificamente definidas. E, ao mesmo tempo, contribuiria para a responsável autorização filosófica, metodológica e ética para o uso e exploração cuidadosos de saberes/práticas em saúde estranhos, não-científicos, antigos e recentes, hoje vetados aos biomédicos. A esse respeito, por exemplo, as idéias de Feyerabend (1979, 1982, 1985, 1991) são de grande valia teórica, filosófica e política.

Ensaando um desdobramento disso na pesquisa biomédica, toda uma nova metodologia de teste terapêutico poderia ser desenvolvida para melhorar e adaptar os modelos altamente restritivos, hoje em vigor, na validação científica de intervenções, até para poder abarcar a participação mais ativa dos próprios doentes nos seus tratamentos. Tal metodologia não precisaria estar somente atrelada às teorias aceitas na biociência, mas antes poderia ser plural sob o ponto de vista teórico, adaptando-se às distintas concepções, práticas e saberes de outras medicinas, também buscando testar e ou comparar tais saberes/práticas. Essa metodologia poderia ser altamente apegada à evolução clínica dos doentes, como âncora empírico-pragmática, de modo a libertar a terapêutica das definições de doenças, tanto da biociência como de outras teorias ou interpretações, bem

como respeitar e relativizar estas definições. E poderia, simultaneamente, manter um realismo experimental sustentável eticamente, sempre discutido e compartilhado entre pacientes e terapeutas. Ela poderia ser auto-reflexiva o bastante para flexibilizar sua rigidez racionalista sem abandonar a razão. Saber reconhecer-se limitada, localizada em paradigmas e estilos de pensamento ou num sincretismo lúcido, assumido e dosado. Assim, estaria sendo preparado um terreno epistemológico e metodológico para uma expansão e um enriquecimento da terapêutica oficial, hoje dominada e restringida pela quimioterapia e cirurgia e pelos padrões-ouro de validação de intervenções (ensaios clínicos controlados, coortes etc). Estes padrões pautam-se pelos critérios uniformizadores das entidades doenças e seus parâmetros rígidos, fatores de risco etc., exigidos pelos modelos estatísticos e submetidos à grade nosológica e às teorias fisiopatológicas em vigor, como se ambas fossem universais. Tornando-se mais complexa, limitada e contextualizada, tal metodologia, indiretamente, poderia contribuir para uma melhor formação e responsabilização terapêutica dos biomédicos, contrabalançando a projeção excessiva de poder e responsabilidade na instituição ciência.

Para finalizar, resta comentar que essa tendência co-construtivista aqui mencionada, se está solidamente esboçada de forma dispersa em disciplinas várias – como a epistemologia, a sociologia, história e antropologia da ciência e as ciências humanas em geral –, é desconhecida ou pouco conhecida nas áreas científicas de maior influência social e aí tem sido derrotada na *práxis* científica (Feyerabend, 1991). Um desses lugares de grande influência, até hoje refratários a idéias desse tipo, parece ser a biomedicina. Somos forçados a reconhecer que os atores sociais mais resistentes a mudanças como as propostas acima, talvez, sejam os próprios cientistas e biomédicos, ainda submersos em convicções epistemológicas sobre a pureza e exclusividade dos seus métodos científicos

para obtenção da “verdade”. Justamente na saúde, onde parece ser muito promissora, esta perspectiva co-construtivista é praticamente ausente. Por isso é que necessita ser divulgada e melhor construída e desdobrada. (Um pequeno exemplo teórico de uma tal exploração encontra-se em Chibeni [2000]: consiste numa leitura da homeopatia conforme proposta pelo seu fundador S. Hahnemann à luz das idéias de Lakatos [1979]).

Particularmente quanto à formação profissional, uma nova concepção de saber poderia ser construída e ensinada aos terapeutas – médicos principalmente – de base co-construtivista e centrada nos sujeitos, que facilitasse o resgate do “adoecimento do doente” para dentro da biomedicina, obstaculizado epistemologicamente pela centralidade do diagnóstico e da terapêutica nas entidades doenças (Luz, 1996). Além disso, tal epistemologia, desenvolvida e aplicada, poderia ajudar a entender a construção do saber sobre saúde-doença nos diversos estilos de pensamento (inclusive na ciência), enriquecer a biomedicina em si e abrir o campo da terapêutica a outras medicinas para mútua contribuição, em benefício dos doentes.

É preciso enfatizar que as possibilidades aqui sintetizadas não são mais que potencialidades decorrentes do estudo dos autores da epistemologia citados e de uma primeira aplicação de suas idéias à saúde e à clínica. Julgamos relevantes tanto a elaboração teórica dessas idéias quanto a experimentação das possibilidades práticas e metodológicas esboçadas, desafiadoras que são, as quais apontam para direções diferentes da trilha hegemônica da biociência. Nessas direções, no que concerne à academia, quase tudo ainda está por fazer. A nosso ver, muito desenvolvimento é necessário para uma melhor compreensão, investigação e desdobramento das sugestões aqui ensaiadas, de modo a consolidar conhecimentos e práticas que dêem utilidade social e medicinal (terapêutica) ao tema. Isso parece ser tão necessário e promissor quanto difícil.

## Referências bibliográficas

- Almeida EL 1988. *Medicina hospitalar – medicina extra-hospitalar: duas medicinas?* Dissertação de mestrado em saúde coletiva. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 233pp.

- Almeida ELV 1996. *As razões da terapêutica*. Tese de doutorado em saúde coletiva. Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 186pp.
- Almeida NF 1992 *A clínica e a epidemiologia*. APCE-Abrasco, Salvador-Rio de Janeiro.
- Almeida NF 1994. O problema do objeto de conhecimento na epidemiologia, pp. 203-220. In DC Costa (org.). *Epidemiologia: teoria e objeto*, 2ª ed. Hucitec-Abrasco, São Paulo.
- Barros NF 1997. *Médicos em crise e em opção: uma análise das práticas não-biomédicas em Campinas*. Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva. Departamento de medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas (DMPS/UNICAMP), 292pp.
- Barros NF 2002. *Da medicina biomédica à complementar: um estudo dos modelos da prática médica*. Tese de doutorado em saúde coletiva, DMPS/UNICAMP, Campinas, 386pp.
- Benson H & Stark M 1998. *Medicina espiritual: o poder essencial da cura*. Ed. Campus, Rio de Janeiro, 334pp.
- Camargo Jr KR 1993. Racionalidades médicas: a medicina ocidental contemporânea. *Série Estudos em Saúde Coletiva* 65. Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Castiel LD 1994. *O buraco e a avestruz: a singularidade do adoecer humano*. Ed. Papirus, Campinas, 204pp.
- Chibeni SS 2000. *A questão da cientificidade da homeopatia*. Campinas, 30pp., (mimeo). Versão corrigida de texto publicado nos anais do II Congresso da Federación de Asociaciones Médicas Homeopáticas Argentinas, 1998, pp. 406-435.
- Costa DC (org.) 1994. *Epidemiologia: teoria e objeto*, 2ª ed. Ed. Hucitec-Abrasco, São Paulo.
- Dossey L 1998. *Espaço, tempo e medicina*. Ed. Cultrix, São Paulo, 280pp.
- Feyerabend PK 1979. Consolando o especialista, pp. 244-284. In Lakatos I & Musgrave A (orgs.) 1979. *A crítica e o desenvolvimento do conhecimento*. Cultrix-Edusp, São Paulo.
- Feyerabend PK 1982. *La ciencia en una sociedad libre*. Ed. Siglo Veintiuno, Madri.
- Feyerabend PK 1985. *Contra o método*. 2ª edição. Ed. Francisco Alves, Rio de Janeiro, 487pp.
- Feyerabend PK 1990. *Diálogo sobre el metodo*. Ed. Cátedra. (Colección Teorema), Madri, 165pp.
- Feyerabend PK 1991. *Adeus à razão*. Edições 70, Lisboa, 371pp.
- Fleck L 1986. *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Alianza Editorial, Madri.
- Foucault M 1980. *O nascimento da clínica*. Ed. Forense Universitária, Rio de Janeiro, 241pp.
- Illich, I 1975. *Nêmesis da medicina: a expropriação da saúde*. Nova Fronteira, São Paulo, 196pp.
- Kuhn, TS 1979. Reflexões sobre meus críticos. In Lakatos, I.; Musgrave, A. (orgs.) *A crítica e o desenvolvimento do conhecimento*. Cultrix-Ed. da Universidade de São Paulo, São Paulo, pp. 285-343.
- Kuhn TS 1986. *La estructura de las revoluciones científicas*. (7ª reimpressão). Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 319pp.
- Kuhn TS 1989. *A tensão essencial*. Edições 70, Lisboa, 406pp.
- Lakatos I 1979. *O falseamento e a metodologia dos programas de pesquisa científica*, pp. 109-243. In Lakatos I & Musgrave A. (orgs.). *A crítica e o desenvolvimento do conhecimento*, Ed. Cultrix – Ed. da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Latour B & Woolgar 1997. *A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos*. Ed. Relume Dumará, Rio de Janeiro, 310pp.
- Latour B 2000. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. Editora da Unesp, São Paulo.
- Luz MT 1996. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. *Série Estudos em Saúde Coletiva*, 62. Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Luz MT 1997. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Revista de saúde Coletiva*. 7(1):13-43. IMS/UERJ, Rio de Janeiro.
- Luz MT (org.) 1997a. *Relatório do 7º Seminário do Projeto "Racionalidades médicas"*. IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 268pp. (mimeo).
- Maturana H & Varela F 1984. *El árbol del conocimiento: las bases biológicas del entendimiento humano*. Editorial Universitaria, Santiago.
- Maturana H & Varela F 1997. *De máquinas e seres vivos – autopoiese: a organização do vivo*. Ed. Artes médicas, Porto Alegre, 138pp.
- Maturana H 1998. *Da biologia à psicologia*. 3ª ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 200pp.
- Maturana H 1999. *A ontologia da realidade*. 1ª reimpressão. Editora da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 347pp.
- Maturana H 2001. *Cognição, ciência e vida cotidiana*. Organização e tradução Cristina Magro, Victor Paredes. Editora da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 203pp. (Humanitas).
- Mendes Gonçalves RB 1994 Reflexão sobre a articulação entre investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônico-degenerativas, pp. 38-86. In *Epidemiologia: teoria e objeto*, 2ª ed. Hucitec-Abrasco, São Paulo.
- Rorty R 1994. *A filosofia e o espelho da natureza*. Relume-Dumará, Rio de Janeiro, 386pp.
- Sabroza PC 1994. Prefácio, pp. 7-10. In DC Costa (org.). *Epidemiologia: teoria e objeto*, 2ª ed. Hucitec-Abrasco, São Paulo.
- Sacks OW 1997a. *Um antropólogo em Marte: sete histórias paradoxais*. Ed. Companhia das Letras, São Paulo, 331pp.
- Sacks OW 1997b. *O homem que confundiu sua mulher com um chapéu e outras histórias clínicas*. Ed. Companhia das Letras, São Paulo, 264pp.
- Sayd JD 1998. *Mediar, medicar, remediar: aspectos da terapêutica na medicina ocidental*. Ed. UERJ, Rio de Janeiro, 193pp.
- Tesser CD 1999. *A biomedicina e a crise da atenção à saúde: um ensaio sobre a desmedicalização*. Tese de mestrado. Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas, 219pp.
- Varela F 1990. *Conocer: las ciencias cognitivas*. Gedisa Editorial, Barcelona.
- Varela F, Thompson E & Rosch E 1991. *The embodied mind: cognitive science and human experience*. MIT Press, Cambridge.
- Whorf BL 1971 *Lenguaje, pensamiento y realidad*. Barral Editores, Barcelona, 307pp.