



Luiz Vianna Sobrinho

Além de uma crítica à biomedicina

Rio de Janeiro

2020

Luiz Vianna Sobrinho

Além de uma crítica à biomedicina

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Salgueiro
Passos Telles

Rio de Janeiro

2020

Título do trabalho em inglês: Beyond a criticism to biomedicine

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

S677a Sobrinho, Luiz Vianna.
 Além de uma crítica à biomedicina. / Luiz Vianna Sobrinho. -
- 2020.
 149 f. : il. color.

 Orientador: Fernando Salgueiro Passos Telles.
 Tese (Doutorado) – Programa de Pós Graduação de Bioética,
Ética Aplicada e Saúde Coletiva. Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

 1. Pesquisa Biomédica. 2. Medicina. 3. Relações Médico-
Paciente. 4. Conhecimento. 5. Sociologia. 6. Reforma dos
Serviços de Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 610

Luiz Vianna Sobrinho

Além de uma crítica à biomedicina

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Bioética e Saúde Coletiva.

Aprovada em: 5 de agosto de 2020

Banca Examinadora

Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Fundação Oswaldo Cruz

Prof^ª. Dr^ª. Maria Angélica Borges Santos
Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. Sérgio Tavares de Almeida Rego
Fundação Oswaldo Cruz

Prof^ª. Dr^ª. Maria Cláudia da Silva Vater da Costa Fiori
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Fernando Salgueiro Passos Telles (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2020

Ao tempo que foi roubado de Renata, Giovanna, Bárbara e Pedro.

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste doutorado se materializa e termina com esta Tese, mas, nesse período e nesse caminho, eu me tornei dependente de algumas pessoas.

Então, meus agradecimentos começam pelo ingresso no PPGBIOS e pela atenção que tive da Prof^a Rita Leal Paixão, fundamental na decisão de iniciar e crer na possibilidade de ultrapassar essa etapa; me convenceu do dito de Platão, que *começar é metade*. Agradeço ainda a todo o corpo docente do PPGBIOS, em especial àqueles que mudaram meu rumo, interromperam o caminho acomodado, me fizeram mais inquieto buscar outra visão. Em especial ao antigo mestre Prof. Roland Schramm, ao Prof. José Fiori e à Prof^a Cláudia Vater, que prestigiou minha banca de defesa. Finalmente, simbolizando o Programa de Bioética da instituição, deixo meu apreço ao Prof. Sérgio Rego, que sempre me demonstrou a visão diversa que eu esperava.

Agradeço aos que balizaram o desenvolvimento dos argumentos, de uma forma especial apontando um rumo ou me recolocando no prumo: Prof^a Ligia Bahia, Prof. Luis Castiel, Prof^a Maria Angélica Santos, Prof. William Waissmann, Prof. Carlos Ocké-Reis, Prof^a Maria Helena Barros.

Agradeço ao amigo de todas as lutas, Prof. Hermano Castro, que abriu as portas da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e pela sua atenção com todas as propostas que fiz à academia.

Com poucas palavras em relação à dimensão da gratidão de ter como amigos constantes, Prof. Paulo Amarante e meu orientador Prof. Fernando Telles, companheiros e referências, para além de toda essa razão exposta aqui, o verdadeiro amor fraterno.

Por fim, cabe o agradecimento à minha família, pois foi a que mais doou de si, de seu tempo, de nossa convivência. A quem, agora, mais ainda do que antes, devo um *douto* amor.

RESUMO

O corpo desta Tese divide-se em três artigos, com os quais refletimos acerca do desenvolvimento histórico da medicina nos últimos quarenta anos. Não é uma revisão extensa e completa das transformações que ocorreram com a prática médica, com a autonomia profissional ou com a cultura médica em sentido mais amplo, mas um apontamento de mudanças decisivas nesse curto espaço de tempo. Reflexão teórica a partir da vivência empírica da profissão, das rápidas e impactantes mudanças, dos conflitos decorrentes dessas mudanças e dos novos horizontes e limites que se apresentam como devir. Assim, desejamos testar um corpo de hipóteses, descritas nesses três tomos. Primeiro, que a Reforma Sanitária, e parte do pensamento sanitário brasileiro, fez uma opção mais política do que propriamente científica, afastando-se da medicina tecnológica do final do século XX, e com isso esvaziou a força do movimento e seu poder sobre a própria economia da saúde. Segundo, que no decorrer dessas últimas décadas, ampliou-se o domínio da prática médica pela lógica objetiva do mercado e, embora o pensamento sanitário identificasse o *boom* de novas tecnologias como o problema, foi o avanço do gerencialismo que mais transformou a relação entre o médico e o paciente, com revisão e reposicionamento da autonomia de ambos. E, por fim, com o ajuste de condutas técnicas atreladas às decisões no interesse da gestão de determinado sistema, a chegada da revolução tecnológica da informação leva a prática da medicina a uma mudança copernicana, na qual a total objetificação do humano se torna possível pela sua tradução ao dado e o lidar e tratar com esses dados dispensa a clínica e, possivelmente, o médico. Ao final, apresentamos a chegada da *medicina sem médicos*.

Palavras-chave: Biomedicina. Medicina Digital. Epistemologia. Sociologia. Reforma Sanitária.

ABSTRACT

This study is divided into three articles, along which we bring up Medicine's historical development in the last forty years. This study's main goal is not to be a thorough and complete review of the transformations that have occurred with the medical practice, the professional autonomy or the medical culture in a broader perspective, but instead to highlight the decisive changes that occurred in this short gap of time. In sum, it is a theoretical reflection based on the empirical perception of the medical profession, its fast and impactful changes, as well as the conflicts arising from those changes and the new horizons and limits that are still to arise. Therefore, we hope to verify several hypotheses, as described in these three tomes. Firstly, we will show how Brazil's Sanitation Reform, and part of the Brazilian Sanitary school of thought, made a decision that is more political than scientific, thus straying from the technological medicine of the end of the Twentieth Century and, by doing so, reduced the movement's strength and its influence on health's economy itself. Secondly, this study aims to explain that over the last few decades, the domain over the medical practice by the market's objective logic increased and, although the Sanitary movement identified the widespread dissemination of new technologies as the main problem, it was the stride of the "managerial trend" that was the most important changing factor in the relationship between physicians and patients, through the remodeling of the autonomy of both. Lastly, the adjustment in technical conducts regarding the decisions related to the management of certain systems, the arrival of the informational and technological revolution brings the medical practice to a Copernican turn, in which the complete objectification of the human being becomes possible due to the preference given to data gathering, handling and treatment over clinical examination procedures and, possibly, over the very existence of physicians. In the end, we will present the inevitable arrival of the *Medicine without doctors*.

Keywords: Biomedicine. Digital Medicine. Epistemology. Sociology. Health Reform.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	O Programa de Pesquisa Científica.....	35
Figura 2 –	O Programa de Pesquisa e a Saúde Mental.....	38
Quadro 1 –	Princípios Fundamentais da VBHCD, de Porter e Teisberg (2006).....	91
Figura 3 –	Hierarquia para a avaliação escalonada do desempenho.....	93
Figura 4 –	Estrutura relacional da doença de Hegenberg.....	111
Figura 5 –	A transformação para a nova medicina.....	121

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ANS	Agência Nacional de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CMF	Complexo Médico Financeiro
CMI	Complexo Médico Industrial
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
EMERJ	Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador
FGTS	Fundo de Garantia Sobre Tempo de Serviço
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IMS	Instituto de Medicina Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
MBE	Medicina Baseada em Evidência
MBV	Medicina Baseada em Valor
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RS	Reforma Sanitária
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 MÉTODO	14
3 HIPÓTESES	16
4 A ESCOLÁSTICA SANITÁRIA: O ESGOTAMENTO DE UMA PROPOSTA PSEUDOCIENTÍFICA	17
4.1 A REFORMA SANITÁRIA E SUA DERROCADA	17
4.2 A <i>FAMIGERADA</i> BIOMEDICINA	19
4.3 O PROGRAMA DA REFORMA SANITÁRIA.....	24
4.3.1 O Programa de Pesquisa em saúde – Lakatos.....	32
4.3.2 Ainda sobre a questão ontológica.....	39
4.3.3 A Escolástica.....	46
5 A MEDICINA GESTIONÁRIA: A CHEGADA DA CULTURA DO CAPITAL FINANCEIRO	51
5.1 PRIMEIRO MOMENTO.....	56
5.2 SEGUNDO MOMENTO.....	64
5.3 TERCEIRO MOMENTO.....	76
5.3.1 As medecinas baseadas em <i>Evidência e Valor</i>	81
6 A MEDICINA DE DADOS: O OCASO DA CLÍNICA	107
6.1 O NASCIMENTO DA CLÍNICA	108
6.2 A CLÍNICA E A DOENÇA	111
6.3 A MEDICINA DE DADOS	118
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
REFERÊNCIAS	131

1 INTRODUÇÃO

A partir da percepção e constatação de que me sinto cruzando um grande fosso, a primeira preocupação é saber se ‘tenho pernas para isso’.

Uma tese de doutorado abre espaço para que nos empenhemos nessas grandes empreitadas, nas amplitudes de movimentos, mas, ao mesmo tempo, impõe a necessidade de uma correta avaliação de nossas possibilidades cognitivas e, essencialmente, éticas.

O passo a dar sobre esse fosso necessita de um pé firme no próprio **ato** intelectual que procura o desenvolvimento de uma teoria robusta sobre este mundo que observo; mas, também, de um outro pé, que constituirá a **postura** intelectual crítica de obstinada honestidade na observação desse mundo. A ética, assim, estará engendrada nessa epistemologia. As duas pernas, se suficientes, poderão nos fazer transpor esse fosso. Se não houver a necessária destreza, a hipótese se perderá no abismo.

Inicialmente de difícil percepção, foi uma imagem de fosso que se apresentou quando comecei a observar que parecia haver um outro lado. Ora, como uma tautologia, olhar e perceber um outro lado, pressupõe, inescapavelmente, o lado onde estou; e complementando essa equação, algo a nos separar.

Teríamos, então, um primeiro arcabouço de resumo desta tese, uma equação que tentarei descrever ao longo do trabalho – as constatações da existência de dois mundos e o fosso que os separam. Vejamos.

O mundo no qual eu me situava profissionalmente, antes mesmo que eu soubesse, já havia sido batizado como o território da *biomedicina*. Do outro lado, com histórico igualmente antigo, estava a *medicina sanitária* – ou, como alguns queiram, *medicina social*. Em algum momento da história, a *saúde coletiva* surgiu e seu papel seria cobrir e dar conta dessa completude. Mas, quase no mesmo momento em que fui apresentado a esses campos, percebi que foi justamente ali, nas diferenças ontológicas assumidas por cada parte, que se abriu um fosso.

Aqui e ali, ouvia e sentia a diferença do discurso e da práxis no trato das coisas, no dia a dia do lidar com as questões da saúde, nas quais se insere a prática médica. Sair dos hospitais nos quais trabalhava e adentrar o ambiente da discussão sanitária na Escola

Nacional de Saúde Pública¹ dava-me a nítida sensação de estar frequentando dois mundos.

Ser médico – mas não um sanitarista – na primeira aula, de apresentação, da disciplina *História e Paradigmas da Saúde Coletiva*² deu-me a sensação de pertencer não só a uma minoria, mas de ser um estranho de outro mundo, um anônimo (ELIAS, 2000).

Essa impressão, e talvez esse termo seja o mais apropriado – e de suma importância – não se dissipou. Eu fui marcado, mas também demarcado, permanecendo até hoje com a mesma percepção. Ao longo de mais de uma década, continuando a frequentar e trabalhar em hospitais, quando adentro o ambiente acadêmico da saúde coletiva sou novamente identificado como pertencente a outro mundo, à *biomedicina* – sou ainda um médico.

Todo o aprendizado e convivência com os discursos, toda a adaptação do instrumental teórico para uma outra visão das questões da saúde, não retiraram o ‘crachá’ ideológico com que me identificam quando chego aos centros acadêmicos da medicina sanitária. ‘Chegou o médico – da biomedicina’, é o que *é não dito*.

O pensamento e práxis do movimento sanitário, que se desenvolveu ao longo das décadas de 1970 a 1990 com profissionais e intelectuais da área da saúde, buscava em sua luta as demandas da sociedade, em uma definição bem ampla (FLEURY, 1997b). A transformação social pela atuação na saúde, que comentaremos adiante, era o mote fundamental. Nesse desenho, a concepção de mudança paradigmática, trazida pelo filósofo Thomas Kuhn, foi o modelo epistemológico adotado para a análise e prescrição de uma virada epistêmica (KUHN, 2010). Avaliando nossa época com o diagnóstico da análise política, a mudança de *paradigma* era o que se entendia necessário e se pretendia realizar. Observou-se e entendeu-se a prática da medicina vigente à época pelo seu espaço de atuação dentro da estrutura do modelo capitalista, em uma análise desse processo pela concepção do materialismo-histórico (DONNANGELO; PEREIRA 1976). A questão do poder médico, nesse contexto, desde sua fundação nas estruturas do Estado e seu domínio sobre os corpos, na prática da medicina preventiva, deu-se principalmente a partir da obra de autores como George Canguilhem, Henry Sigerist, George Rosen, até o encontro de Michel Foucault (AROUCA, 2003). Ainda muito importante, como referência, fora a crítica de Ivan Illich ao estágio da cultura humana dentro do capitalismo industrial (ILLICH, 1975). Sua crítica à medicina na época enxergava e diagnosticava os problemas relativos ao ingresso dessa prática social nos mecanismos característicos da denominada etapa industrial do capitalismo

¹ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

²Em 2006, disciplina da Pós-Graduação em Saúde Pública desta escola, no primeiro ano do Mestrado.

(NOGUEIRA, 2003a).

Assim, havia, no início desse processo, uma postura crítica à medicina e aos médicos como parte integrante, atores e reprodutores do capitalismo industrial (DONNANGELO; PEREIRA, 1976; CAMARGO JÚNIOR, 2003), englobados posteriormente no conceito de Complexo Médico Industrial da saúde (CORDEIRO, 1980). Essa postura de demarcação de campos definiu o espaço, ou mundo, da *biomedicina* (CAMARGO JÚNIOR, 2003).

Um mundo que não se queria. Uma realidade dada, como consequência de eventos históricos que caracterizaram o desenvolvimento da sociedade capitalista do final do século XX. Nessa realidade, projetava-se a produção de uma mudança. Um outro mundo. E esse projeto foi o cerne do longo movimento político da *Reforma Sanitária* (RS) (ESCOREL, 1998; PAIM, 2008; FLEURY, 1997b). A criação do mundo da Saúde Coletiva, que abarcaria a totalidade da saúde na realidade. A perspectiva que se buscava era a de uma mudança de paradigma, aos moldes do pensamento *kuhniano* (KUHN, 2010). O mundo da saúde coletiva – uma mudança em toda a concepção política, cultural e, enfim, social da nossa forma de pensar a saúde e a sociedade.

No entanto, a concepção *kuhniana*, ideologicamente compartilhada pelos atores da RS pelo seu perfil revolucionário, não deu conta, em nosso entender, de abarcar a questão epistemológica da medicina. E desta, no conceito de *biomedicina*, o que sobrou foi a visão política do processo. Independentemente de nossos interesses intelectuais de enquadramento conceitual, os fatos da realidade empírica nem sempre seguem o que programamos. O contínuo desenvolver das ciências médicas, aqui *biomedicina*, seguiu de forma exponencialmente acelerada sem mudança nas suas características epistêmicas, assumindo ainda mais importância assustadoramente hegemônica na economia, na política e no ideário social.

Distanciou-se, sim, no processo de abertura do fosso a que nos referimos, do programa da saúde coletiva, com sua prescrição política de uma nova sociedade. A biomedicina, em seu campo epistêmico distinto da medicina sanitária, encontra-se hoje totalmente cooptada pelo mercado e pelos interesses do capital e tão atrelada às suas regras e desejos que poderíamos pensar que todo o esforço foi em vão. E que a proposta sanitária perdeu terreno.

Simplemente, o que entendemos e pretendemos demonstrar, é que a mudança paradigmática na prática da medicina não se dera e não se daria nesse momento de

industrialização da medicina e sua total adaptação a essa fase do capitalismo. O seu paradigma científico permaneceria o mesmo – o paradigma da anatomia patológica (FOUCAULT, 2004). As discussões sobre o processo de saúde e doença, sua determinação social, a crítica ao modelo de medicina preventiva e a ampliação do conceito da luta sanitária não transformaram nosso modo de pensar ontologicamente o que é a doença, ou a saúde. A dificuldade em sua definição e demarcação permanece a mesma desde os tempos do lançamento de *O Normal e o Patológico* (CANGUILHEM, 2002).

2 MÉTODO

Consideramos, dentro das correntes de análise das transformações do conhecimento, que a concepção metodológica de um outro filósofo da ciência, o húngaro Imre Lakatos, nos dá o melhor modelo para entender como se deu esse processo (LAKATOS; MUSGRAVE 1979). A partir do instrumental da teoria *lakatosiana*, no que poderíamos assumir como *programa de pesquisa* das ciências médicas no século XX, a concepção epistêmica da saúde coletiva ainda permanece girando em torno do mesmo *núcleo duro* ou *firme* (LAKATOS, 1999) que a biomedicina – *núcleo duro* esse que entendemos ser a anatomia patológica, desde o seu surgimento no século XVIII (FOUCAULT, 2004). Todas as teorias e hipóteses auxiliares produzidas nestas três décadas da Reforma Sanitária, que se caracterizaram por propostas de concepção de uma nova realidade social, com a ampliação do conceito de saúde, mantêm, em seu *núcleo duro*, a anatomia patológica. E, à exceção da questão da reforma psiquiátrica e da saúde mental – um campo à parte, devido à sua ainda difícil demarcação ontológica – o projeto da reforma sanitária e o trabalho heurístico da saúde coletiva ainda gravitam em torno de um dano final ao indivíduo, ou a uma população de indivíduos, na concepção que temos de lesão anatomopatológica.

Duas consequências nesta constatação.

Primeiro, não foi possível essa mudança paradigmática no contexto sociopolítico, aos moldes de Kuhn, que concebesse uma revolução epistêmica no olhar sobre a saúde, como se poderia esperar da proposta da RS. Outrossim, aos moldes de Lakatos, o núcleo duro da anatomia patológica permaneceu o mesmo, aquele que fora designado como se pertencesse apenas à *famigerada biomedicina*. E podemos afirmar que a ciência médica foi capaz de produzir fatos novos e manter o caráter progressivo que deu força a uma concepção epistêmica extremamente robusta e resistente, que permanece vigente para a explicação desses fatos (LAKATOS, 1999). A *biomedicina*, mais forte do que nunca, totalmente encampada pelas forças econômicas que dominam a sociedade capitalista, não sofreu, em si, mudança de natureza nesse período, permanecendo cada vez mais preponderante no controle do discurso da saúde. Numa visão externalista do desenvolvimento da ciência médica (HOCHMAN, 1994), podemos assumir – e defenderemos isso – que o ‘afastamento’ do interesse e pensamento da RS por esta ciência possibilitou a sua total cooptação pelas forças de interesse do mercado.

Segundo, se houve mudança, e pensamos que sim, essa se deu no próprio modelo de conformação da economia capitalista, com as devidas consequências na sociedade. O foco da crítica epistemológica do movimento sanitário, interpretando o modelo das ciências biomédicas enquadradas pelo capitalismo industrial, nos termos iniciais de Illich e Foucault, esgotou suas possibilidades de explicar os caminhos destas no âmbito da saúde coletiva. A fase mais atual, porém, denominada de capitalismo financeiro, transformou, essa sim, toda a sociedade (VIANNA, 2002; GRÜN, 2013). Essa mudança paradigmática, no entanto, muito embora seja intensamente debatida (ESCOREL, 1998; FLEURY, 1997b; PAIM, 2008), raramente é percebida desta forma, salvo poucas exceções (BAHIA, 2012; SESTELO et al., 2017). Sem reconhecer a ausência de um projeto científico robusto que se contraponha ao que é desenvolvido pelas forças do mercado, toda a concepção antiga de Reforma Sanitária e do projeto de saúde coletiva hoje sucumbem sob o paradigma da gestão (GAULEJAC, 2007).

E esse é o novo paradigma, enfim, que transforma a tudo e a todos. Era mais disso que nos falava Kuhn. Até mesmo a ciência médica, a *biomedicina*, por fim, transforma a sua prática a partir da substituição de seu núcleo duro – sai a anatomia patológica, entra o dado de informação. Evidências, estatística, eficácia... estamos cuidando de dados. A ciência médica tem novo objeto onde atuar. É disso que nos fala Lakatos. E por aqui caminharemos para defender nossa tese.

Por fim ressalto que, recentemente, identifiquei que já havia a percepção do tamanho deste fosso em fontes nas quais sempre procuro me orientar (CAMPOS, 1997; CUETO et al., 2014). Nestes pensadores, encontrei comunhão com o que penso. Mas, apesar de vasta e riquíssima produção metateórica sobre esse campo da Reforma Sanitária, insisto em salientar que poucos têm a real percepção do fosso que separa esses dois mundos sob o manto que não os cobre, o da saúde coletiva. Uma força histórica imensa avança e afasta mais esses dois mundos, enquanto a discussão acadêmica da medicina sanitária, em sua reprodução contínua, muito me lembra o capricho e a suficiência intelectual autorreferenciada escolástica. Enquanto isso, o centro do universo, o céu, as estrelas... tudo parece mudar de lugar, de forma irreconciliável.

3 HIPÓTESES

Neste trabalho, então, nos dispomos a testar três hipóteses:

I – Nossa hipótese, nesta tese, é a de que houve um equívoco epistemológico na proposta da Reforma Sanitária (RS), ao afastar o que denominou *biomedicina* do seu núcleo teórico e do seu interesse político. Ao admitir que a biomedicina estivesse vinculada aos interesses econômicos das forças de mercado, ainda em sua fase do capitalismo industrial, desejava-se fugir da ótica instrumentalista de consumo de serviços e tecnologias. Isso fez do projeto da RS um modelo científico fraco. A biomedicina, por seu turno, como um núcleo teórico robusto em franco crescimento, pela geração de fatos novos, foi capturada definitivamente como característica do mercado.

II – O impacto da rápida incorporação da profusão de descobertas tecnológicas na prática médica não refletiu essencialmente uma mudança *epistêmica* na natureza dessa prática, como pensavam os sanitaristas da RS. Foi a introdução da cultura de gestão e da linguagem da burocracia financeira, cooptando a abstrata evidência epidemiológica, que mais mudou o pensar médico e sua autonomia – mais do que os três séculos de descobertas que nos separam da medicina medieval.

III - A chegada do paradigma financeiro e seu discurso de gestão assumiu o mundo da biomedicina e o mundo da medicina sanitária, torneando um novo núcleo duro para ambas. O núcleo epistêmico desse novo programa de pesquisa é a segurança do dado. Embora o fosso epistemológico permaneça, a gestão de dados *re*-uniu a saúde coletiva em torno de um único paradigma clínico-político-operacional.

As hipóteses que compõem o corpo completo desta tese, no entanto, foram apresentadas separadamente em três artigos. Um já apresentado em resumo em congresso³ e publicado com modificações⁴; o segundo, aguardando a publicação, ainda no prelo; e o terceiro, já publicado com pequenas modificações em recente coletânea de bioética⁵.

Assim, dividiremos em três tomos a explanação e defesa dessas hipóteses.

³VIANNA SOBRINHO, L.; TELLES, F. S. P. Scholastic health reform in Brazil: the exhaustion of a pseudoscientific model. In: CONFERENCE EUROPEAN SOCIETY FOR HEALTH AND MEDICAL SOCIOLOGY, 17th., 2018, Lisboa. **Proceedings...** Lisboa: ESHMS, 2018.

⁴VIANNA SOBRINHO, L. Além da crítica à Biomedicina: a escolástica sanitária. O esgotamento de um modelo pseudo-científico. In: CASTRO, J. C.; NIEMEYER-GUIMARÃES, M. (Org.). **Caminhos da Bioética** – Volume 1. Teresópolis: Editora Unifeso, 2018.

⁵VIANNA SOBRINHO, L. A Medicina de dados: o ocaso da clínica. In: CASTRO, J. C.; NIEMEYER-GUIMARÃES, M. (Org.). **Caminhos da Bioética** – Volume 2. Teresópolis: Editora Unifeso, 2019.

4 A ESCOLÁSTICA SANITÁRIA: O ESGOTAMENTO DE UMA PROPOSTA PSEUDOCIENTÍFICA

— Pois... e o que é que é, em fala de pobre, linguagem de em dia-de-semana?

— Famigerado? Bem. É: "importante", que merece louvor, respeito...

— Vosmecê agarante, pra a paz das mães, mão na Escritura?

Se certo! Era para se empenhar a barba. Do que o diabo, então eu sincero disse:

— Olhe: eu, como o sr. me vê, com vantagens, hum, o que eu queria uma hora destas era ser famigerado — bem famigerado, o mais que pudesse!...

— Ah, bem!... — soltou, exultante⁶.
Guimarães Rosa

4.1 A REFORMA SANITÁRIA E SUA DERROCADA

Os embates da democracia no Brasil retornaram de um estado de exceção no final da década de 1970 e avançaram até a nova Carta Magna em 1988. Egressos desta luta política converteram o campo da *Saúde*, em sua mais ampla conceituação, na arena para o redesenho da construção social.

Enquanto na saúde coletiva – na reforma sanitária (RS) – optava-se pela luta política, da garantia de direitos fundamentais, as antigas estruturas de mercado organizavam-se para formar um segmento próprio dentro do sistema de saúde. Tais estruturas combinavam um forte estímulo financeiro estatal ao seu desenvolvimento, com a limitação do aporte de recursos levando à lenta dilapidação do parque hospitalar do sistema público.

Enquanto se desenvolviam as redes de atenção básica e distribuição de equipes de saúde da família na área de saúde pública, seguindo as sedimentadas concepções de reforçar as políticas de atenção primária que culminaram com as recomendações da Conferência de Alma Ata (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978), o mercado se organizava, por seu lado, para atrair a maior parcela da população economicamente ativa. Ao longo da década de 1990, após várias derrotas sucessivas do Movimento Sanitário para garantir o custeio do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme previa a estrutura desenhada pela Carta de 1988, assistimos à estruturação jurídica do segmento de saúde suplementar, com a gestão política assumida por agência reguladora, com poder de ministério na área privada (PIETROBON;

⁶ROSA, J. G. **Famigerado**: primeiras estórias. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1988, p. 13.

PRADO; CAETANO, 2008). A diretoria dessa entidade, frequentemente sem origem na área técnica, resultava de negociações políticas com o governo federal e se empenhava em tornar as ‘regras do jogo’ confiáveis para o direcionamento da massa trabalhadora às grandes operadoras de planos coletivos⁷ (BAHIA; SCHEFFER, 2016).

Em duas décadas, o volume de recursos da saúde suplementar aumentou aceleradamente, com crescimento percentual ultrapassando o do segmento público.

Ocorre que, durante os últimos governos, com uma proposta neodesenvolvimentista, a saúde é tratada como importante pilar da economia, com invasão da financeirização. E a medicina torna-se definitivamente *commodity* da saúde, para um crescente mercado consumidor.

No campo da RS, sem nenhuma revisão do seu projeto epistêmico, ainda se ouve o eco da mesma reza que condenava a prática da medicina contemporânea com o famigerado selo da *biomedicina hospitalocêntrica*. Com o equívoco ontológico, não houve revisão de suas premissas epistemológicas. A RS teve uma proposta política, com um fraco programa científico.

Ao fim dos governos progressistas, o movimento da RS percebe-se sem proposta, diante da iminente degola do SUS. Neste momento, em termos e recursos científico-tecnológicos, somos mais dependentes e proporcionalmente mais atrasados em relação aos grupos de mercado do que éramos na década 1970.

Fica evidente que a RS desenvolveu uma linha de atuação voltada para uma ampla reforma política. Observa-se que, nessa estratégia, a revolução tecnológica da medicina do final do século XX, entretanto, não foi considerada. Assim, restou somente a proposta política como o fundamento para a reestruturação da sociedade pelo campo da saúde.

Nossa hipótese, neste capítulo, é a de que houve um equívoco epistemológico na RS, ao afastar o que denominou biomedicina do seu núcleo teórico. Admitindo que a biomedicina estivesse vinculada aos interesses econômicos das forças de mercado, ainda em sua fase do capitalismo industrial, desejava-se fugir da ótica instrumentalista de consumo de serviços e tecnologias. Isso fez do projeto da RS um modelo científico fraco. A biomedicina, por seu turno, como um núcleo teórico robusto em franco crescimento, pela geração de fatos novos,

⁷ Segundo o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES, 2014), é um pouco surpreendente o fato de as categorias profissionais e sindicatos atrelados ao movimento político da RS manifestarem desejo e apoio ao mercado privado de saúde, “uma particularidade brasileira”

foi capturada definitivamente como característica do mercado.

Hoje, num momento de aparente derrota de todo o projeto político, não sobrou projeto forte que se contraponha ao do mercado. No entanto, o discurso acadêmico ainda produz e se reproduz com a eloquência da escolástica.

Passemos então o olhar crítico à estrutura epistemológica do programa da Reforma Sanitária: um movimento político-ideológico, voltado para a práxis de transformação social, a partir de uma postura crítica frente ao modelo da medicina ocidental contemporânea. O projeto político tinha suas razões, em um desenho de possibilidades históricas. Já o programa epistemológico, pensamos que fracassou. Não reconheceu o núcleo duro, ou ‘núcleo firme’ (LAKATOS; MUSGRAVE 1979), das ciências médicas dentro do campo da saúde, tornando todo o programa da reforma um modelo esgotado de fatos novos.

4.2 A FAMIGERADA BIOMEDICINA

- “Do que trata a biomedicina? Não é uma carreira profissional?”

Foi desta forma que ouvi a pergunta de um jovem juiz, interessado em ingressar no campo de saber da saúde e suas questões, durante uma aula⁸. Naquele momento, não esperando por essa indagação, havia esquecido totalmente da profissão regulamentada, a Biomedicina (BRASIL, 1983). Esta profissão nascera há mais de quarenta anos, na formação de professores para as áreas básicas do ensino de medicina e de odontologia, e também para o desenvolvimento de pesquisas nessas disciplinas básicas. Ao longo do tempo, estabeleceu-se como uma interface da biologia com a medicina, dedicando-se ao estudo da saúde e das enfermidades humanas, lidando com pesquisa sobre doenças, exames clínicos, desenvolvimento tecnológico de tratamentos, formas de prevenção e aumento da qualidade de vida da população (CONSELHO REGIONAL DE BIOMEDICINA, 2004). Mas, durante a minha fala aos jovens juizes, eu havia me referido a outra *biomedicina*. Doravante, grafada em itálico, é dessa que trataremos. Quantos sentidos pode carregar uma palavra, ou um conceito?

Um clareamento dado a este termo pode ser encontrado no livro *Biomedicina, Saber & Ciência: uma abordagem crítica* (CAMARGO JÚNIOR, 2003). O autor trabalha o conceito, já

⁸ Mestrado Profissional em Justiça e Saúde para a Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro (EMERJ). Convênio EMERJ - ENSP/Fiocruz. Disciplina: *Tópicos em Epistemologia*.

anos após a sua utilização pela academia. O termo estaria ligado à medicina como é praticada na sociedade industrial contemporânea. A obra faz uma revisão crítica de como uma prática social se autointitula ‘científica’, por seus interesses econômicos dentro do modelo vigente da evolução capitalista no Complexo Médico Industrial da saúde. Sua ideia principal, que reflete a de todo o ambiente do pensamento acadêmico sanitário, é a consideração de que a utilização da *biomedicina* se dá com o atrelamento do seu caráter de cientificidade como valoração. Uma valoração que é própria do momento industrial do desenvolvimento econômico ocidental. Isso estará caracterizado no conceito de *racionalidades médicas*, fartamente estudado pelo seu grupo de pesquisa (LUZ, 2004; LUZ, 2005; GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO JÚNIOR, 2006; TESSER; LUZ, 2002; CAMARGO JÚNIOR, 1992).

Enfim, a crítica à *biomedicina* é feita inicialmente por meio de uma forte crítica ao próprio método científico e ao modo como a ciência, de concepção e desenvolvimento moderno, apodera-se do *status* de detentora da verdade.

Chamo aqui a atenção para o fato de que já tenha me referido a esta questão anteriormente, em texto não acadêmico (VIANNA SOBRINHO, 2013). E não terei como fugir de trazer novamente minhas principais observações no mesmo tom.

A crítica desse grupo sempre contextualiza a inserção da *biomedicina* na política de saúde contemporânea: a busca de atenção integral ao atendimento de quem sofre, aos moldes do que definia Canguilem (2002), é considerada falha e impossibilitada pelo modelo teórico-conceitual do que consideram a *biomedicina*. Kenneth Jr advoga que nos “elementos constituintes do CMI há importantes obstáculos à proposta de integralidade”. E sacramenta:

A ênfase nos aspectos biológicos, a perspectiva fragmentada e fragmentadora, a hierarquia implícita de saberes são quase que programaticamente opostos às ideias agregadas sob o rótulo ‘integralidade’ (CAMARGO JÚNIOR, 2003)

Em todo o seu texto e, como um padrão, em quase todos os outros autores que descrevem a *biomedicina*, o ponto central seria a caracterização estritamente biológica do paciente. A concepção advinda da herança positivista da ciência, do indutivismo ingênuo, da modalidade analítica cartesiana de abordar o indivíduo que sofre, pelo seu lado objetivo – *res extensa*, exclusivamente. O isolamento da subjetividade como algo que está fora da alçada de uma prática que se quer científica.

Ora, o modelo de médico que criticamos, aquele de perfil profissional liberal, norte-americano do pós-guerra, da *Golden Era* (FREIDSON, 2007), estava e ainda está totalmente atrelado à ideologia do capital (NAVARRO, 1975a) e executa a *performance* que lhe cabe, como

elemento final na cadeia de consumo de insumos hospitalares e da saúde, um “instrumento de dominação e fonte de acumulação de capital” (CAMARGO JÚNIOR, 1992, p. 58).

Mas o comportamento político-social do médico não deveria invalidar, *per se*, a ciência que se apresenta na prática. Poder-se-ia permitir pensar, com alguma perspicácia, que a crise da razão se apresenta a esses autores como uma ressaca de arrependimento pós-iluminista com a ciência (SLOTERDIJK, 2012). A questão expressa pelo autor, no entanto, diz respeito às concepções, mais uma vez externalistas, que reforçam o poder das influências socioeconômicas sobre o desenvolvimento e as próprias descobertas científicas⁹.

No contexto de quem ainda separa e opera o pensamento médico como pensamento mecanicista e positivista, convém lembrar que, em sua origem,

foram os médicos os primeiros a se interessarem por essa questão: eles enunciaram um discurso sobre o social antes da constituição das ciências sociais. [...] A partir do final do século XVIII, na França, Cabanis sustenta o projeto de uma ciência do homem que vai da psicologia à moral (HERZLICH, 2005, p.194).

Nessa origem, bem própria do pensamento sanitário francês da época, como também depois na América do Norte, o positivismo nas práticas sanitárias ainda permaneceu por um bom tempo biologizante, regulador, progressista. Mas assim era toda a ciência da época, bem como a própria assimilação racional dos critérios de verdade. No entanto, já na virada do século XIX, o pensamento científico, fortemente ancorado na física *newtoniana*, vai sofrer um grande abalo. E *pari passu* toda a racionalidade vai ser questionada, a partir de Nietzsche e Marx, e finalmente Freud. A mudança introduzida por este último é imensa. Desde Kant, nada mudou tanto a concepção de mundo subjetivo e mundo objetivo, idealismo e realismo do que a entrada em cena do ‘outro’. Um outro sujeito, que identifica e justifica o que antes se defendia como estrutura *a priori*. E pior, Marx ainda qualifica e determina esse ‘sujeito’ pela sua própria relação com o ‘mundo objetivo’.

No entanto, a crítica que deveria ser feita à postura do engajamento ou cooptação política da *biomedicina* é feita às suas características epistêmicas, o que nos parece um grande equívoco¹⁰, mesmo que a herança da postura de *antimedicina* de Illich já tenha sido ressaltada e alertada décadas antes por Michel Foucault, em seminários em nossas escolas¹¹ (FOUCAULT, 2010,

⁹ Voltaremos sobre esse ponto a partir da visão de sociologia da ciência conhecida como *Programa Forte* (PALÁCIOS, 1994; MENDONÇA; CAMARGO JÚNIOR, 2012).

¹⁰ Há uma forte crítica na sociologia da ciência que se faz a esta postura, assumindo-a como *falácia da causalidade social do conhecimento*, que poderia ser exemplificada na seguinte hipótese: “tendo sido outras as circunstâncias sociais relevantes, poderia Isaac Newton ter proposto uma lei da gravitação diferente?” (PALÁCIOS, 1994, p.184)

¹¹ Conferência proferida no Instituto de Medicina Social da UERJ em outubro de 1974.

p.193):

São necessários o orgulho e a modéstia dos economistas para afirmar que a medicina não deve ser rejeitada nem adotada enquanto tal; que a medicina faz parte de um sistema histórico; que ela não é uma ciência pura; que faz parte de um sistema econômico e de um sistema de poder; e que é necessário trazer à luz os vínculos entre a medicina, a economia, o poder e a sociedade para **determinar em que medida é possível retificar ou aplicar o modelo.** (grifo nosso)

Permanece esse mal-estar anticientífico, evidente em vários textos desses autores, mas, seleciono uma pequena frase que é exemplar para o que queremos demonstrar:

Da mesma forma que seus pacientes, um médico vê o mundo através do filtro de suas representações; só que o imaginário médico está sempre protegido pelo escudo da racionalidade científica. (CAMARGO JÚNIOR, 2003, p. 48)

Esta interpretação fenomenológica do médico me parece mesmo óbvia, no entanto não com o aspecto valorativo negativo que expressa o autor. Até porque ela poderia ser transcrita para qualquer atividade intelectual e seu objeto, ao menos na tradição do nosso pensamento ocidental, em que ciência e episteme não deveriam ser interpretadas como coisas distintas. Essa divisão está ligada ao desconhecimento histórico do conceito: o físico Erwing Schrödinger já sinalizava a atitude epistêmica nos primeiros pensadores gregos em sua busca pelo que constituía a *physis*. A atitude filosófica é a própria busca da *ciência*, nome que os modernos deram à *episteme* (SILVA, 2011).

O que torna ainda mais incongruente todo o pensamento analítico dos autores críticos à *biomedicina* desse grupo, de traço histórico-sociológico, totalmente forjado nas regras do discurso da racionalidade ocidental, é que eles questionam o modelo racional-cartesiano-analítico ocidental da biomedicina, mas toda a peça de crítica ao modelo usa o mesmo instrumental analítico da racionalidade que eles põem em xeque. São textos precisos nas descrições. Organizados. Buscam a causalidade das coisas e dos conceitos. Dividem, classificam, ‘analisam’ e ‘sistemizam’ – são ‘cientificamente’ metódicos –, o que nos apresenta um comportamento intelectual paradoxal, pois seu alvo é a sistematização, a descrição, enfim, o método de análise da razão científica contemporânea, quando aplicado ao ser vivo e/ou social. Este problema já foi percebido pelo filósofo norte-americano Thomas Nagel em sua crítica àqueles que desqualificam totalmente a objetividade da razão:

Apesar de ser certamente possível, em muitos casos, desacreditar apelos à objetividade da razão, mostrando que as suas verdadeiras fontes se encontram noutro lado – em desejos, preconceitos, hábitos localizados e contingentes, pressupostos não examinados, convenções sociais ou linguísticas, reações humanas involuntárias etc. – as interpretações deste tipo ‘perspectivistas’ ou ‘situadas’ esgotar-se-ão inevitavelmente, mais cedo ou mais tarde. Quer coloquemos em causa as credenciais racionais de um juízo particular, quer as de todo um domínio do discurso, temos de acabar por nos apoiar em juízos e métodos que acreditamos não estarem sujeitos à mesma crítica: juízos e métodos que exemplificam, quando erram, algo mais fundamental e que só pode ser

corrigido recorrendo a modos de proceder do mesmo tipo. (NAGEL, 1999, p. 36)

Na mesma linha, mas mais próximo ainda do que antes argumentei, encontra-se o pensamento do professor André Martins, o qual responde diretamente às argumentações desse grupo. De forma crítica, ele reconhece que a

[...] mistificação perversa da ciência surge quando reducionismo, mecanicismo e determinismo tornam-se positivismo e cientificismo, isto é, uma ideologia segundo a qual ciência é sinônimo de redução e esta, por sua vez, diz (desvela, determina, estabelece) a essência da realidade, a ordem do diverso sensível, caótico que seria sem ela. (MARTINS, 1999, p. 91)

E se pergunta:

[...] só há ciência se essa se propõe a normatizar ou normalizar sobre a vida? Ou ainda: só há ciência se ela fizer de sua redução instrumental, de seu mecanicismo e determinismos locais, um reducionismo, mecanicismo e determinismo gerais, sob uma ideologia positivista e cientificista? [...] para nos inserirmos num paradigma no qual natureza e cultura, homem e mundo, mente e corpo existem como aspecto de uma mesma natureza (ou substância) não separável, não é preciso sair da ciência (MARTINS 1999, p. 99)

Assim, para o professor Martins (1999, p.104), o paradigma mecanicista “já não predomina nas ciências contemporâneas. E isso não por substituição daquele paradigma pelo de alguma outra cultura (oriental, por exemplo) ou de algum retorno a uma concepção vitalista do passado ocidental”.

O que o comentário deste autor apenas corrobora, e concordamos em toda a sua extensão, é que o próprio modelo crítico do grupo é herdeiro da racionalidade ocidental. E, nesse sentido, o estranhamento com a ciência parece ser a não compreensão de que “a ciência está longe de ser um instrumento perfeito de conhecimento. É apenas o melhor que temos”. (SAGAN, 2006, p. 28). Ou um certo temor da história, do novo, como nos adverte o cientista político Lucien Sfez (1996, p. 87):

[...] basta esperar uma geração (trinta anos) para que a moral se acomode, se adapte, ache suas respostas, todas feitas de espertezas e covardias, para o progresso técnico. [...] Talvez seja melhor evitar as atitudes apavoradas, que tomam um ar ridículamente reacionário quando nos são contadas cem anos depois nos livros de história. Como qualificar de outro modo algumas reações, em 1830, em parte da imprensa, a propósito das primeiras locomotivas a vapor e dos perigos mortais de suas fumaças nos túneis?

Em texto anterior (VIANNA SOBRINHO, 2013), já nos referimos de forma crítica a essa postura anticientífica e de execração da medicina ocidental, que justamente ataca a sua raiz epistêmica mais fundamental, sua base racional. Principalmente pela falha no reconhecimento do comportamento dialético da racionalidade da medicina ocidental, que tem sido responsável pelo contínuo movimento de novas descobertas. Diferentemente de saberes orientais, que se mantêm normativos há milênios, o poder demolidor do ceticismo, da dúvida e do questionamento na razão ocidental tem sido o motor de sua própria superação. Da crítica do excesso e do erro, um novo

espaço do possível e de saber. No sentido positivo que também nos demonstra Foucault, um novo poder (FOUCAULT, 2010).

Uma grande revisão dessa crítica, no mesmo tom que fazemos, décadas depois de Illich, foi feita pelo médico tcheco radicado na Inglaterra, Petr Skrabanek, em seu livro *The Death of Humane Medicine and the Rise of Coercive Healthism*. A partir dos autores que perfilaram críticas ao modelo científico da medicina moderna, Skrabanek postula que a “medicina ocidental é a única com um núcleo racional” e, apesar de estar publicando um livro apontando falhas nessa medicina, “não endossa o enganador holismo oriental”. Curiosamente, vinte anos antes do nosso texto, utiliza um exemplo que nos ocorreu sem tê-lo lido ainda: mesmo dentro de outra racionalidade, se assim admitirmos, um eminente e poderoso mandatário oriental hoje, se tiver alguma doença grave, irá procurar um hospital de medicina ocidental e não um mago local. Do mesmo modo, um fundamentalista radical islâmico, ao se deslocar para uma reunião na ONU, o faria em um avião a jato, e não em um tapete-voador (SKRABANEK, 1994).

O exemplo é bem ilustrativo e, embora também nos tenha passado pela mente, vale o que fora escrito décadas antes. Só nos resta repetir nossa própria provocação: todo o debate acerca do questionamento à validade e ao relativismo da racionalidade científica da medicina contemporânea deveria ser realizado em uma mesa disposta em um avião, viajando a dez mil metros de altitude (VIANNA SOBRINHO, 2013).

4.3 O PROGRAMA DA REFORMA SANITÁRIA

O primeiro número de uma publicação periódica da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) – *Ensaio e Diálogos em Saúde Coletiva* – abriu espaço para uma grande revisão dos desfechos sociais nos caminhos trilhados pelo movimento da RS, a partir das propostas dos atores da saúde coletiva no final do século passado. E foi em uma excelente reflexão sobre esses desfechos, escrito por Tatiana Vargas, da ENSP / Fiocruz, que comecei a definir o espaço ontológico no qual pretendo refletir minhas dúvidas (BAPTISTA, 2015, p.12). Diz seu texto:

O desafio e dilema estavam postos nos anos 1980! Entre o ideal de construção de uma nova realidade de saúde para a população brasileira e a constituição de um novo campo de saber que sustentasse novas práticas em saúde havia um longo percurso, num cenário político de grande disputa. **A aposta política foi feita:** o enunciado do direito à saúde e a proposta de universalização do sistema. **Mas o que foi feito da aposta epistêmica?** O que foi feito com a discussão de novas

práticas em saúde e produção de uma nova subjetividade? O que foi feito com o projeto de multidisciplinaridade? (**grifo nosso**)

Bem definida a evolução da proposta política, questiona-se agora o porquê da não realização, dentro da RS, de uma mudança epistêmica que seguisse *pari passu* as aplicações práticas do pensamento sanitário. Ou, se ela tiver sido realizada, por que a crítica? Se considerarmos a Constituição de 1988 como o resultado de um trabalho político de mais de uma década do movimento da Reforma, estaríamos então completando a quarta década desse processo ainda como uma “aposta inconclusa” (PAIM, 2012). Já há muita discussão sobre esse período e também sobre os desfechos históricos e políticos dos caminhos que a proposta inicial foi encontrando ao longo do embate de forças interessadas no campo ideológico da atenção sanitária. A pujança deste setor na economia nacional, como veremos mais adiante, definiu estratégias de ocupação hegemônica e contra-hegemônica da máquina política do Estado, construindo uma estruturação mais voltada aos interesses do mercado e do capital, conforme artigo da Carta Magna (BRASIL, 1988) que deixou à disposição da livre iniciativa todas as possibilidades em uma fraca regulamentação (MENICUCCI, 2007). Esse ponto foi fundamental na ampliação e caracterização de um Sistema de Saúde cada ano mais distante de seu modelo idealizado, previsto como *Único*, não contemplando os anseios da proposta nascida na 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1987).

No campo da crítica aos insucessos desta proposta, encontramos as habituais revisões da ocupação tanto ideológica (PAIM, 2008; COHN, 2013; BAHIA, 2013; HOCHMAN, 2013) quanto do espaço decisório da Reforma Sanitária (RODRIGUES NETO, 1997; SANTOS, 2013). Mas haveria algum papel na fragilidade da proposta epistemológica dentro da análise desse percurso?

Ainda no final do século XX, Schraiber e Machado (1997, p.284) esboçam esse diagnóstico assumindo que

escaparam os significados técnicos e sociais, as repercussões ético-políticas e as concepções sobre a saúde e suas práticas, que estavam no núcleo da proposição, qual seja, realizar a intervenção na produção dos serviços e no trabalho por meio da reforma escolar, exclusiva ou centralmente.

Enquanto o campo da Saúde Coletiva optava pela luta política, da garantia de direitos fundamentais, sendo a construção do SUS ao mesmo tempo uma bandeira e horizonte da construção de uma nova realidade social (FLEURY, 1997b; ESCOREL, 1998), as antigas estruturas de mercado organizavam-se para formar um segmento próprio, dentro do sistema de saúde. Desse modo, combinavam um forte estímulo financeiro estatal ao seu desenvolvimento, com a limitação do aporte de recursos ao sistema público e lenta

dilapidação do seu parque hospitalar (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990; MENICUCCI, 2007; BAHIA, 2005b; BRAGA, 2012).

Assim se deu durante mais de uma década, há que se chamar a atenção, no final do século passado: os recursos das fontes de fomento do governo federal, como o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), FGTS/FAT¹² (BAHIA, 2005a) e participação dos fundos de pensão de empresas estatais financiaram a reestruturação da rede privada com grandes hospitais, para servir preferencialmente ao segmento de saúde suplementar¹³, ou para a venda de serviços ao setor público ou diretamente para o Estado (MENICUCCI, 2007; BAHIA, 2008b; BRAGA, 2012). O argumento falacioso que se propagava, à época, em plena onda neoliberal do governo que iniciou a década de 1990, era que se pretendia aliviar a própria estrutura da rede pública. Assim,

[...] ficando livre de uma parte da demanda, o SUS poderia dedicar seus recursos integralmente à assistência dos pobres. A focalização da assistência anteposta à universalização se apresentava como alternativa racional à insensatez da manutenção de um financiamento público obrigatório para quem não utilizava o SUS e podia pagar planos/ seguros saúde (BAHIA, 1999, p.18).

Não é objetivo desse trabalho resenhar, *mais uma vez, sob mais um ponto de vista*, os percalços e contratempos políticos e históricos que determinaram os caminhos traçados pela Reforma. Esse trabalho vem se realizando *escolasticamente*¹⁴ no ambiente da academia.

Pretendemos, se possível, demarcar um ponto de falha no diagnóstico ontológico. Ou, mais simplesmente, demonstrar que, no desenho de toda a proposta da Reforma, faltou uma melhor definição do objeto de trabalho sobre o que se debruçava, quando se falava da medicina, cujo lugar foi tomado pela Saúde, como um conceito mais amplo, como algo que engloba e caracteriza toda a vida biológica, psicológica e social dos indivíduos. Desse modo, a Saúde transformou-se numa grande área de debate e conquistas dos melhores arranjos para o *ethos* e a *polis*, negligenciando, numa atitude de militância acadêmica presumidamente anticartesiana, aquilo a que denominamos de *physis*.

E foi este justamente o título de importante periódico que se dedicou aos estudos na saúde coletiva, lançado no início dos anos 1990 – *Physis*. Do editorial de seu número de inauguração, podemos extrair pontos para a nossa crítica.

¹² FGTS/FAT – Diz-se da fonte de recursos originários desses fundos do Governo Federal, a saber Fundo de Garantia sobre Tempo de Serviço e Fundo de Amparo ao Trabalhador.

¹³ O segmento da saúde suplementar desenvolveu-se e organizou-se, dentro da estrutura do SUS como previsto na Constituição de 1988, ao longo da década de 1990, até a sua completa ‘homologação’, com a criação da Agência Nacional de Saúde (ANS) através de decreto complementar no final desta década.

¹⁴ Posteriormente voltaremos a este conceito.

No editorial, Birman (1991, p.10) destaca que

a noção de saúde coletiva representa uma inflexão decisiva para o conceito de saúde. Um de seus efeitos certamente é o de reestruturar o campo da saúde pública, pela ênfase que atribui à dimensão histórica e aos valores investidos nos discursos sobre o normal, o anormal, o patológico, a vida e a morte.

O impulso do programa da Reforma determinava a direção de uma atuação na saúde da sociedade que se afastasse da habitual prática da medicina de estado que caracterizava a ‘saúde pública’, com sua atenção atrelada aos recursos das ciências naturais. Assim, preconizava:

[...] a constituição do discurso teórico da saúde coletiva, com introdução das ciências humanas no campo da saúde, reestrutura as coordenadas desse campo, destacando as dimensões simbólica, ética e política, de forma a relativizar o discurso biológico.[...] o campo teórico da saúde coletiva representa uma ruptura com a concepção de saúde pública, ao negar que os discursos biológicos detenham o monopólio do campo da saúde. (BIRMAN 1991, p.10)

Então, percebemos claramente, como em outros textos mais antigos, que o projeto epistemológico era o de retirar o foco de exclusividade da visão biológica sobre as questões relacionadas à saúde. Buscava-se fundamentar a necessidade de uma visão multidisciplinar, sem qualquer “perspectiva hierárquica valorativa” para nenhuma das abordagens (BIRMAN, 1991, p.11).

Não limitar a saúde ao campo do biológico foi a grande meta e, nesse ponto, a terminologia *biomedicina* surgia para delimitar as fronteiras nas quais se travava a luta epistemológica da Reforma. Uma luta que mais se tornou evidente quanto mais se afastou a saúde para as questões não biológicas. E as outras linhas de discursos a que se refere o autor terminaram por isolar o conhecimento científico da medicina, considerando-o como um conhecimento para o poder sobre o corpo (ORTEGA, 2004). E o que se deu com o abandono dessa área foi justamente o total domínio do conhecimento científico do corpo e para o corpo, pelas forças de poder vigente – pelas forças da economia de mercado. Abrir mão da luta pelo poder da ciência médica, entendendo-a como um instrumento de dominação dos corpos, foi justamente o que satisfez aos que se empossaram desse conhecimento para total domínio e desenvolvimento das técnicas de dominação dos corpos.

Devemos ressaltar que foi justamente no período em que se desenvolveu a RS e a implantação de seu resultado operacional, as conquistas da Carta Magna de 1988, que se deu um dos maiores avanços na inserção de novas tecnologias na medicina em nosso meio (ALMEIDA; SCHRAMM, 1999).

Em sua fundamentação, quase duas décadas antes, o desenho de proposta da RS

projetava uma linha de atuação em quatro dimensões distintas, mas integradas, da situação sanitária. Na concepção do sanitarista Sérgio Arouca, assim se programava: 1) uma dimensão *específica*, que é aquela que diz respeito à própria dinâmica dos processos de saúde e doença na população; 2) uma dimensão *institucional*, na qual se entendiam todos os movimentos do setor de produção de mercadorias, equipamentos e recursos humanos; propriamente definido como o *Sistema* ou *Setor da Saúde*; 3) a dimensão *ideológica*, na qual se explanam os valores e saberes, as bulas e os códigos morais e pedagógicos, bem como se ‘espalha’ a academia em suas reflexões; e, por fim, 4) a dimensão *relacional*, de todos esses atores, num dado momento histórico, ou de desenvolvimento das relações de produção em uma determinada sociedade (PAIM, 2008).

Trabalhemos um pouco mais no fortalecimento conceitual dessas quatro dimensões, até que se esclareça e se situe a delimitação ontológica do nosso objeto de crítica.

Integrando estas quatro dimensões, a proposta ensejava o desenvolvimento de uma linha de atuação voltada para a atenção básica e integral como marca do sistema (DONNANGELO; PEREIRA, 1976; BUSS, 2000). Nesse sentido, houve um incremento de programas de saúde que cuidariam de repor a questão da saúde em seu lugar de estruturação do coletivo da sociedade, fugindo da ótica instrumentalista de consumo de serviços e tecnologias (PAIM, 2001) e avançando a dimensão institucional para a própria reforma do Estado e das condições sociais. Nesse sentido, segundo Fleury (1997b), tínhamos uma proposta de construção de saberes libertadores e transformadores da sociedade – a Reforma como processo de transformação social. Educação e saúde, paralelamente para usuários e profissionais do sistema único, no bom sentido, uma ideologia sanitária, ou uma “inculcação” (AROUCA, 2003). A tônica, inquestionável, era ser único e universal.

Mantendo como objeto para nossa revisão crítica essa concepção em quatro dimensões, consideramos que não houve problema para se construir um rico acervo de elaborações teóricas, tanto nos modelos analíticos – quando se priorizou o foco na dimensão *ideológica* e *relacional* – quanto no desenvolvimento da dimensão *institucional* – com a construção de um produto de ousado porte na *práxis*, o próprio SUS.

Foi o assentimento de uma necessária atuação racional integrada na produção de saberes que fundamentassem a nova proposta de sociedade que estruturou as dimensões *ideológica* e *relacional* para dar os subsídios à implantação do que se queria como novo sistema de saúde; um ousado desejo de nova sociedade.

Paim (1997, p. 13), também revisando as bases conceituais do que chamou *paradigma sanitário*, identifica três tipos de práticas: “a prática teórica (a construção do saber), a prática ideológica (a transformação da consciência) e a prática política (a transformação das relações sociais”. O projeto da RS teria assim, além de “uma natureza técnica”, também “práticas sociais com dimensões econômicas, ideológicas e políticas”. Mas é nessa construção do saber, no entanto, que o texto não nos oferece uma proposta epistêmica empiricamente fértil, permanecendo na mesma crítica ao modelo biomédico e na proposição de uma concepção alternativa, na qual se enfatiza a gestão da integralidade.

Então, nesse trabalho do *saber*, nessa dimensão *específica*, enquanto se desenvolviam as redes de atenção básica e distribuição da lógica de equipes de saúde da família no serviço público (BUSS 2000), o mercado se organizava para atrair o atendimento de média e alta complexidades da maior parcela da população economicamente ativa (VIANNA, 2002; MENICUCCI, 2007). Ao longo da década de 1990, com a Lei Orgânica da Saúde nº 8080, estruturou-se juridicamente o segmento de saúde suplementar (PIETROBON, 2008), com a gestão da política de saúde neste setor sendo direcionada por agência reguladora própria – a Agência Nacional de Saúde –, que passou a ocupar o papel decisório do Ministério da Saúde no segmento da área privada (BAHIA, 2008a; COSTA 2013). Seus diretores, executores das políticas para o setor, foram nomeados diretamente pelo governo federal, após evidentes negociações com interesses na política partidária (BAHIA; SCHEFFER, 2016), tanto no nível do Poder Executivo quanto do Legislativo. Para a estruturação regimentar do segmento, os primeiros anos deste século assistiram a uma grande profusão de edição de ‘Portarias’ por essa agência, no intuito de determinar e tornar as regras do negócio confiáveis, de forma a direcionar a grande massa de assalariados para as principais operadoras de planos de saúde coletivos (OCKÉ-REIS, 2007).

Pouco após a virada do século, o projeto neodesenvolvimentista do grupo político à frente do Estado (COHN, 2013; PAIM et al., 2011; PAIM, 2013) abarcou a saúde como um de seus componentes. Incentivos políticos e fiscais foram oferecidos para que a saúde suplementar assumisse o ‘cuidado’ do grupo populacional que aumentou sua faixa de renda, saindo da faixa da pobreza e adentrando ao mercado consumidor (OCKÉ-REIS, 2012) – com toda a crítica que se possa fazer ao surgimento de uma “nova classe média” (POCHMANN, 2014). Visto assim, o espaço ideológico para entender a assistência à saúde como um amplo campo para a expansão da economia de mercado, da indústria de serviços, diagnose e insumos farmacológicos foi a opção deste período da política de Estado (VIANA;

MACHADO, 2013). A entrada maciça do capital financeiro nacional – e depois multinacional –, primeiro no setor de planos de saúde e, finalmente, na área de venda de serviços hospitalares elevou as cifras e o poder de decisão política desse segmento (PAIM et al., 2011; SCHEFFER, 2015). Além disso, havia, ainda, um potencial populacional, como demanda reprimida, que poderia expandir o interesse na seguridade privada em saúde. Embora estime-se que a parcela em torno de trinta por cento da população seria um marco para este setor, nada os impedia de planejar um ‘retrocesso’ político encampando a ideia do Banco Mundial de subvenção pública universal de cuidados de saúde, como de fato já se anuncia (FILIPPON, 2015; BANCO MUNDIAL, 2018).

Houve um fato que, a nosso ver, flagrou e demarcou historicamente esse comportamento da política do governo federal na primeira década deste século e seus desencontros com os autores/atores do movimento sanitário, que também ocupavam suas fileiras em cargos do executivo na área da saúde. Tal fato vem a corroborar o exposto e torna-se útil para entender este desenho. O episódio envolveu um desentendimento no primeiro semestre do ano de 2013, entre o Ministério da Saúde e os principais atores do movimento sanitário, representados pela Abrasco e pelo Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes) (FAGNANI, 2013). É importante ressaltar que estávamos, antes das manifestações de junho de 2013, num momento de difícil avaliação crítica nesse espaço, mas que, sem sombra de dúvidas, transformou o ano¹⁵. Grosseiramente, vivíamos ainda sem nenhum levante popular de manifestações contra qualquer política do governo federal. Vejamos o que se deu.

Foi publicado na imprensa que o governo federal estudava um novo modelo de seguro privado de saúde, que estaria fora da regulamentação de cobertura da ANS, mas que, tendo menor custo, serviria para receber no setor privado uma nova parcela da população – em torno de 30 a 40 milhões de pessoas (NERY; NUBLAT; CRUZ, 2013). Dizia-se que estavam “chegando” a um segmento de maior consumo e desejavam este serviço (CARVALHO, 2013). Assim era encaminhada a política do governo à época, estímulo à produção de veículos, estímulo à compra financiada de eletrodomésticos da linha branca, estímulo à expansão da seguridade privada da saúde, pela expansão de uma organizada rede de seguros e planos de saúde¹⁶, desenvolvimento e ‘cidadania’, notadamente marcada pela

¹⁵ Sobre as “manifestações” confrontar Pochmann (2014) e Singer (2013).

¹⁶ Em excelente análise das estratégias de desenvolvimento atreladas ao crescimento da financeirização, em suas consequências sociais deixam claro que “o ponto de partida [...] para o estudo da financeirização das políticas sociais do Brasil diz respeito à crítica à adoção, pelo governo, de um modelo de crescimento econômico, a partir de 2004, denominado de convenção pelo crescimento com consumo de massa, ao invés de um modelo baseado no princípio do crescimento com redistribuição.” (LAVINAS, 2015, p.70).

ótica do ‘direito de consumidor’¹⁷.

Soube-se rapidamente, no entanto, que o desenho dessa proposta havia sido articulado em uma reunião entre o ministro da saúde e alguns diretores-executivos dos maiores planos de saúde do país (FAGNANI, 2013). A grita do movimento sanitário se fez ouvir e o Ministério recuou em sua proposta; curiosamente, com a ‘mudança de ano’ resultante dos movimentos de rua de junho, a política de Estado para a área empurrou a pauta em outra direção, sendo lançado o programa Mais Médicos no segundo semestre (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016).

Nesse momento, vê-se claramente o que se havia cindido ao longo dos anos.

De um lado, o Estado, com uma responsabilidade gigante de abarcar uma proposta de universalidade, mas fazê-la com equidade e integralidade. Nessa missão, o caminho da gestão do sistema foi de organização da rede e opção a partir da atenção básica em todo o território nacional. Mas a impossibilidade de lidar com o ‘problema médico’ dentro da proposta da Reforma esvaziou suas fileiras desses profissionais, deixando-os do outro lado, o que nos evidencia a presença de um ‘fosso’, ao qual nos referimos no princípio deste texto.

O projeto do SUS, desenvolvido ao longo de décadas no pensamento da RS, esvaziou-se de algo muito importante em sua estrutura ao ‘perder’ a *biomedicina*. Em entrevista a Cueto et al. (2014, p. 96), Ligia Bahia diz que “o que dava coerência a esse processo eram os médicos, era o movimento sanitário. Mas esses médicos foram todos absorvidos pelo aparelho [...]”.

O lançamento do Programa Mais Médicos – e aqui evitaremos entrar numa longa discussão sobre esta iniciativa – evidencia as consequências do que dizemos de uma forma muito clara. A constatação aparece em cada comentário, reforçando a visão de dois lados distintos. Diz uma nota do CEBES à época:

A fração da corporação médica neoliberalizada adere à medicina de mercado em prejuízo do SUS. Seus representantes são contrários à democratização do acesso de novos profissionais às Residências Médicas que formam especialistas (CEBES

¹⁷ Há que se chamar a atenção para o modelo de desenvolvimentismo deste período e as consequências na relação entre cidadão e consumidor: “o modelo de desenvolvimento e o consumismo emergente das classes populares cresceram num contexto político e ideológico pautado pelas alianças do governo com setores econômicos e lógicas de mercado, com apoio parcial da mídia hegemônica, interessada no crescimento econômico e estratégias de acumulação. Tais alianças envolveram o agronegócio, a mineração, os bancos, a construção civil, as indústrias automobilísticas e de eletrodomésticos, o setor imobiliário, dentre outros, que propiciaram condições bastante frágeis e contraditórias” (FIRPO et al., 2015, p.24). Por si, essa postura já contraria a própria defesa do *Welfare State*, em que se buscava uma ‘desmercadorização’ de direitos, como a saúde e a previdência, levando o cidadão a se definir como direito do trabalhador/consumidor/usuário (WERNECK, 2014).

2013).

E, ainda, em entrevista de Bahia a Cueto et al. (2014, p.28):

E o que temos hoje no país é um sistema que distingue claramente médicos e não médicos. O ‘Mais Médicos’ evidencia isso, porque mostra que médicos não querem trabalhar no sistema público, há um rompimento. Nunca mais se conseguiu conversar com esses médicos. Agora, com a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), estamos fazendo um esforço danado de aproximação que não tem sido muito bem-sucedido porque nos havíamos retirado desse debate, paramos de conversar, fomos para o governo, e retomar não é fácil.

São constatações que parecem não deixar dúvidas sobre o que afirmamos. Enquanto isso, no campo epistemológico, se recolhermos os textos acadêmicos da crítica sanitária deste mesmo período, ainda se ouvia o eco da mesma reza que condenava a prática da medicina contemporânea com o famigerado selo da *hospitalocêntrica biomedicina* (MEHRY; FRANCO 2013; SOUZA, 2014).

4.3.1 O Programa de Pesquisa em saúde – Lakatos

Decidimos, neste trabalho, utilizar o instrumental teórico do filósofo da ciência Imre Lakatos para a revisão crítica do modelo epistemológico que percebemos na proposta da RS (LAKATOS, 1999). Esse instrumental foi utilizado, inicialmente, para tentar compreender, pelo prisma da filosofia da ciência, ou mais propriamente de uma assumida lógica da pesquisa científica, as características intrínsecas do modelo das ciências médicas e de sua aplicação na prática pela *biomedicina* – que é, enfim, o objeto de crítica do pensamento sanitário. Esperamos dar conta de apontar os equívocos que acabaram por justificar o diagnóstico de que a “aposta epistêmica” se perdeu (BAPTISTA, 2015).

A opção pela epistemologia de Lakatos para a análise desse período se dá inicialmente pelo nosso reconhecimento de que não nos encontrávamos em nenhum momento de mudança brusca de nossas ‘opções’ científicas na saúde. A proposta da RS continha uma “aposta política” de transformação social do nosso modelo capitalista. E dentro desse novo discurso, em contextualização sociológica, havia uma interpretação de como o conhecimento das ciências médicas se engendrava nesse modelo econômico. A *biomedicina* seria, então, um conhecimento atrelado às estruturas de sustentação econômico-ideológica deste modelo.

Muito se disse da ciência como reprodutora da ideologia do capital; nesse sentido, a busca de uma virada *paradigmática*, tão característica da teoria de Thomas Kuhn, tornou-a mais atraente aos proponentes da Reforma. Para um grupo de espírito revolucionário, uma

epistemologia que desvela as revoluções científicas (KUHN, 2010) se torna o caminho natural a seguir. Criou-se assim, uma verdadeira corrida pela *mudança paradigmática*, com todo o élan que se poderia esperar por se viver uma postura revolucionária (CASTIEL; PÓVOA, 2001), mas, curiosamente, conseguiu-se um paradoxo *antikuhniano*, tornando o valor da *mudança paradigmática* uma característica da *ciência normal* (KUHN, 2010) – todos a viam em todos os lugares.

E onde estava essa mudança, em termos epistemológicos? Nós não a encontramos. As ciências médicas passaram por um avanço exponencial em descobertas de fatos novos nas últimas décadas. Do ponto de vista científico, não há sinais de um esgotamento aos moldes do que Lord Kelvin pensava da ciência de herança *newtoniana*, ao final do século XIX (SCHULTZ, 2007).

A proposta de Lakatos baseia-se em uma série de teorias, o que, por si só, já admite uma complexidade maior de fatores que as compõem, inclusive sociológicos; isso nos dá muita margem para entender a permanência desse conglomerado, a que se dá o nome de *programa de pesquisa* (LAKATOS, 1999). Não uma teoria, mas uma série de teorias. E essas não se vão totalmente para o esquecimento, quando são substituídas por outras, como nos apresenta o abandono de paradigma *kuhniano* (OLIVA, 1994; CHALMERS, 1993). Elas permanecem ativas enquanto dispuserem da possibilidade de dar conta de fatos novos. E podem conviver com teorias que a suplantaram. Ainda importante, no nosso caso específico, é que a escolha de um modelo epistêmico, para Lakatos, é feita de forma racional, não por uma inexplicável mudança do *zeitgeist* de uma determinada época (PESSOA JÚNIOR, 1993), mas pelo simples fato de que preveem fatos novos (LAKATOS, 1999) e continuam dando conta de explicá-los.

O *programa de pesquisa lakatosiano* é composto por um grupo de teorias. A característica definidora de um programa, no entanto, é o seu núcleo duro, ou **núcleo firme**. Este núcleo toma a forma de hipóteses teóricas gerais, que constituem a base a partir da qual se desenvolve todo o programa. Em torno deste, há um **cinturão protetor** adequadamente composto por teorias auxiliares que rodeiam o núcleo firme e que podem ser falsificadas (Lakatos defende uma versão de ‘falsificacionismo’ sofisticado da concepção *popperiana* (SUPPE, 1977) e substituídas. O movimento de ideias, teorias e corroborações comporta-se sobre uma **heurística negativa** – aquela que impede que qualquer abalo seja feito ao núcleo do programa, que deve permanecer intacto – e uma **heurística positiva**, um mesmo conjunto

que mantém um enriquecimento desse cinturão com teorias refutáveis (LAKATOS; MUSGRAVE, 1979).

Utilizando-se de alguns dos exemplos clássicos da física, teríamos:

- No programa aristotélico-ptolomaico, o **núcleo firme** seria a aceitação da Terra como sistema de referência para os movimentos celestes. Então, teríamos com **cinturão protetor** do programa: os corpos celestes com seus movimentos obtidos da composição de movimentos circunferenciais; a necessidade de epiciclos quase intermináveis dos planetas para explicar seu movimento celeste;
- No programa copernicano, o **núcleo firme** toma as esferas das estrelas como sistema de referência para os movimentos celestes. No **cinturão protetor** havia a necessidade de um desenvolvimento de uma mecânica que explicasse a Terra móvel e novos instrumentos de observação astronômica que corroborassem as previsões;
- No programa newtoniano, o **núcleo firme** contém as três leis do movimento de Newton e a Lei da Gravitação Universal. No **cinturão protetor**, há estudo de modelos sobre o sistema solar, hipóteses sobre a forma e distribuição de massa dos planetas e satélites, teorias sobre os métodos de observação astronômica.

Então, se dispusermos as ciências médicas dentro da concepção de um programa *lakatosiano*, poderíamos dispor o *programa de pesquisa da saúde* da mesma forma: em seu núcleo firme – a Anatomia Patológica, aquela que surgiu nos séculos XVIII e XIX após a derrocada da teoria dos miasmas.

Giovanni Morgagni e Rudolf Virchow fizeram sua busca nos órgãos procurando os danos das doenças (CANGUILHEM, 2002); Bichat e Claude Bernard vão associando aos sintomas e sinais uma “coleção [a que] se chama doença” (FOUCAULT, 2004). Nasce, assim, a clínica como um olhar positivo sobre a anatomia patológica.

E o ponto fundamental para marcarmos aqui é que, desde então, ainda não temos outro espaço onde situar a doença. Excetuando a situação polissêmica da saúde mental, “o grande corte da medicina ocidental data precisamente do momento em que a experiência clínica tornou-se o olhar anatomoclínico” (FOUCAULT, 2004).

Assim, teríamos no programa de pesquisa no qual se insere a medicina contemporânea o desenho estrutural exibido na Figura 1.

Figura 1 – O Programa de Pesquisa Científica



Fonte: Elaborada pelo autor

Na Figura 1, apresentamos nossa concepção esquemática do programa de pesquisa científica da saúde, em seu molde *lakatosiano*. Em seu núcleo firme, a anatomia patológica. A doença encontrou seu espaço e aí permanece. Em seu cinturão protetor, podemos alocar algumas teorias científicas que reforçam e mantêm a heurística positiva de validação desse núcleo.

Doenças de causalidade genética são compatíveis com a determinação central da doença em lesões na anatomia, em forma ainda mais profunda nos órgãos e tecidos. Permanecem no programa e o reforçam enquanto apresentam explicações novas para novos fatos e mantêm o caráter progressivo.

As causas microbiológicas de patologia também se referem ao dano físico, aos danos nos órgãos, desde sua chegada às ciências médicas dando suporte à teoria do contágio, que superou a antiga concepção da teoria dos miasmas (BATISTELLA, 2007). Foi um grande reforço para uma postura científica de tônica no conceito de causalidade.

E assim, a bioquímica, com o avanço da terapêutica farmacológica, com mecanismos bioquímicos intrínsecos às trocas nos tecidos, à dinâmica da vida nas unidades celulares, segue um corolário de teorias que reforça o cinturão protetor do modelo – e nele também o discurso sanitário.

A saúde ambiental e o modelo multicausal de doença adotados pela cultura sanitária, a partir do pós-guerra, inserem-se numa perspectiva discursiva de mudança. A teoria de unicausalidade é substituída pela da multicausalidade. Assim, no lugar de apenas um agente causador do processo de adoecimento – como tínhamos nas predominantes doenças infecto-parasitárias – apreendemos um conceito de modelo ‘ecológico’, numa interação entre o agente, o ambiente e o hospedeiro (BATISTELLA, 2007). Com a emergência do conceito de produção social da doença, uma rede complexa de fatores histórico-sociais seria utilizada, agora tendo estes como *determinantes* para o adoecimento (BUSS, 2003).

Na virada da década de 1970, Thomas McKeown, professor de medicina social de Birmingham, publica uma análise impactante de sua pesquisa com os dados de saúde dos dois últimos séculos no Reino Unido. Sua conclusão é que a redução da mortalidade pelas doenças infecciosas não foram os avanços da medicina, mas sim as mudanças de fatores sociais e ambientais, como melhoria da nutrição, da higiene, das condições de moradia, do controle e planejamento do tamanho das famílias e do fornecimento de água limpa e rede de esgoto. Essa crítica faz parceria a outras, como a de Illich, sobre a própria eficácia da medicina¹⁸.

No entanto, mesmo dentro dessa perspectiva, se avaliarmos toda essa mudança, ela se dá exatamente tendo como objeto de estudo a doença. São definições de causalidade, de processos de desenvolvimento e dependência, justamente do ente abstrato ‘doença’.

Ora, se voltarmos nosso foco de análise para o indivíduo, aquele que está passível de adoecer, perceberemos que todos esses processos, independentemente de sua genealogia,

¹⁸ Devemos ressaltar a importância do estudo de McKeown, em seu livro *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?*, que serviria de fundamento para uma poderosa crítica à prática da moderna medicina liberal. No entanto, seu trabalho não levou em conta as diferenças da relevância estatística das doenças infecciosas na mortalidade entre os séculos XIX e XX. Com a melhor resolução destas e o surgimento das doenças crônico-degenerativas, notadamente as cardiovasculares e os cânceres, o cenário modificou-se (SKRABANEK, 1994). A crítica à eficácia da medicina foi marcante na obra de Illich e outros contemporâneos, mas que só se sustenta, com pouca margem de folga, no período em que viveram. O avanço tecnológico trouxe transformações inequívocas (BRAUNWALD; NABEL, 2012), o que não deve ser confundido com a crítica à sua eficiência, nem tampouco com ao próprio poder destruidor desse saber (FOUCAULT, 2010).

levarão ao dano anatomoclínico. Ou seja, permanece como base para o modelo do programa de pesquisa, o núcleo firme da anatomia-patológica. Nada mudou. O que deveríamos, nesse ponto, distinguir é exatamente aquilo que se considera *doença* e o que se considera *sofrimento*. Aquilo que se elegerá do campo da medicina e o que não se poderá cobrar dessa prática nem em atuação nem em responsabilização¹⁹. Pois não podemos questionar a medicalização da vida, com a redução de todas as vicissitudes do sofrimento humano à categoria de doença, como muitas vezes entende a sociedade e interessa-se o mercado de consumo; e, ao mesmo tempo, desejar que a medicina seja uma outra coisa, que não é, para atuar frente ao sofrimento humano, embasada em alguma outra racionalidade em que não foi historicamente construída.

Enquanto se conseguir manter a produção de fatos novos, mantém-se a força heurística do cinturão protetor. Isso se tornará mais difícil a partir do momento em que se for afastando do núcleo do programa, da imanência da patologia nos tecidos.

Nesse ponto, emblemática é a questão da saúde/doença mental. Talvez por esse motivo, tenhamos observado uma evolução distinta nos resultados da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica (CUETO et al., 2014). E, nesse ponto, como veremos a seguir, a distinção ontológica entre doença e sofrimento é fundamental. Embora ambas as situações sejam antagônicas à concepção de saúde, a não distinção ontológica entre doença e sofrimento é que instaura o equívoco até onde se propõe a atuação da medicina. Nesse sentido, é evidente que a força heurística do programa de pesquisa da medicina tente, a todo tempo, *neurologizar* o que é *mental*.

Em uma revisão esquemática desse programa de pesquisa, as questões da saúde mental extrapolariam as possibilidades explicativas do nosso modelo, como esboçado na Figura 2.

¹⁹Schraiber, entre outros, nos diferencia bem essa questão, quando nos diz: “O fato particular de que materialmente seja o mesmo, no corpo doente, tanto o que se apresenta como necessidade essencial para o trabalho médico, quanto o que configura objeto do conhecimento, e ainda o que é o objeto sobre o qual se operará a intervenção, faz parecer que sejam idênticas as diferentes demandas inseridas nas situações de **corpo doente do doente, corpo doente do médico e doente sujeito social**. [...] que possibilitará ao agente, no processo de trabalho, atuar respondendo simultaneamente à ciência e ao social” (SCHRAIBER, 1993). Grifos da autora.

Figura 2 – O Programa de Pesquisa e a Saúde Mental



Fonte: Elaborada pelo autor

Na Figura 2, podemos perceber que há uma forte relação de heurística positiva entre a teoria genética e a base biológica da anatomia patológica, para explicar o processo de saúde-doença. Poderíamos dizer que o melhor e mais completo modelo explicativo seria aquele que corrobora na intimidade da estrutura proteica dos gens a validade empírica de seus dados verificáveis ou falsificáveis. Está intrínseca na matéria das células e tecidos.

A explicação microbiana já teria um grau maior de dificuldade, cuja causa externa deveria ser comprovada como responsável por fatos empíricos que ocorreram no interior dos tecidos e geraram o processo de doença.

A justificação pelos fatores sociais acrescenta maior dificuldade ainda, trazendo o conceito de ‘determinantes’ e a multiplicidade de variáveis que corroborem os achados de danos, mas ainda estamos falando do núcleo firme de nosso programa. Aquele que adocece pela fome, pela pauperização, pela carência múltipla vai demonstrar e será observado em sua abalada estrutura anatomoclínica.

Mas a questão da saúde mental não encontra o mesmo substrato ontológico para sediar o processo de transtorno ou doença. Saindo da anatomia patológica, o ampliado conceito de *sujeito* necessita de outra abordagem (AMARANTE, 1997). Toda a questão da

Reforma Sanitária na Saúde Mental e na luta antimanicomial teve sucesso em seu próprio questionamento ontológico de doença (AMARANTE, 2005).

Contemporânea ao movimento, chega ao país o texto de Jean Clavreull, com a crítica ao poder do discurso médico que atrelava o conceito de anatomopatologia para a área da psiquê:

[...] não existe medicina psicossomática – contrariamente ao que afirma a corrente dita psicossomática que invadiu o discurso médico – por que é **impossível conciliar psiquê e soma** no campo do discurso médico. (CLAVREULL, 1983, p.23) (**grifo nosso**)

O núcleo firme a que nos referimos e que justifica todas as atitudes da medicina na saúde refere-se à doença. Quanto expandimos para o conceito de sofrimento, não é à medicina que devemos cobrar. É contraditório fazê-lo e, simultaneamente, tentar controlar seu poder.

4.3.2 Ainda sobre a questão ontológica

O programa de reforma sanitária, em curso, transformado, sem fim tem para sua tarefa, atualmente, uma obrigação crucial: redefinir a ontologia de sua “dimensão específica”, no modelo apresentado por Arouca (PAIM, 2008).

No entanto, desde o início, o que percebemos é que a questão da saúde sempre teve uma interpretação confusa, pela utilização ambígua de conceitos e pela falta de determinação ontológica mais clara. Assim, fala-se ora de saúde, ora de assistência, ora de qualidade de vida, ora de dano ao corpo ou doença.

Essa imprecisão ontológica ocorre frequentemente em variados textos considerados de referência no campo da medicina sanitária. Textos que serviram de fundamentação para a construção teórica que demarcou o norteamento das práticas do Movimento Sanitário.

Sem a intenção de analisá-los um a um, passamos a alguns que lideram as referências de outros autores e podem ser designados como marcos teóricos deste movimento.

Um dos textos, de caráter seminal, do pensamento sanitário da década de 1970, foi a publicação da tese de Livre-Docência de Maria Cecília Donnangelo, na qual a autora assume que “é a esse corpo anátomo-fisiológico, conjunto de constantes estruturais e funcionais, que a medicina pretende agir” (DONNANGELO; PEREIRA, 1976, p. 16). No entanto, delimita-

o como objeto do social e do político e adverte que “o corpo, como objeto da prática médica não se esgota em sua dimensão anátomo-fisiológica” (DONNANGELO; PEREIRA, 1976, p. 18). Seu texto faz uma primeira grande síntese em nossa comunidade acadêmica “dessa dimensão pedagógica da prática médica como expressão parcial do processo de reprodução das relações de classe” (DONNANGELO; PEREIRA, 1976, p. 19) e, não à toa, torna-se uma referência obrigatória até porque vinha a público concomitantemente às últimas conferências que o filósofo Michel Foucault fazia em nosso meio (FOUCAULT, 2010).

Na sua concepção há “uma impossibilidade de descartar a dimensão político-ideológica como explicativa dos aspectos que reveste a prática médica” (DONNANGELO; PEREIRA, 1976, p. 31). Os autores, em toda a sua correta e seminal análise do papel da medicina como ordenador da sociedade de classes e frações de classe, utilizaram os referenciais teóricos de Gramsci a Boltansky, de Rosen a Foucault. Dessa sua origem estrutural na medicina de Estado, ou polícia médica, do século XIX, passa quase despercebida a força epistêmica desta prática, subsumida em sua condição de instrumento político-ideológica dentro da hegemonia do sistema capitalista. Digo força epistêmica, no sentido de que esta cumpriu a sua missão política, diagnosticada por esses autores, qual seja, a de manter a população saudável e disponível para as forças de produção: a força do higienismo como instrumento para o controle do corpo social (FOUCAULT, 1979). Olhando agora, devemos perceber o que é a água suja e o que é o bebê, dentro dessa bacia.

Mas é no capítulo sobre a ‘Medicina Comunitária’ que encontramos as portas para o caminho trilhado pela Reforma Sanitária. Um caminho que, a nosso ver, não saberá fazer as distinções ontológicas necessárias para que o enquadramento sociopolítico não erre a mão na análise epistemológica.

Partindo de uma reformulação das relações de trabalho e divisão do saber em uma equipe de saúde

implica a emergência de uma medicina tecnologicamente simplificada, por referência à prática médica predominante e, ao mesmo tempo amplia, de respeito às funções sociais a que serve de suporte. [...] uma medicina simplificada, bem como uma modalidade particular de serviço social (DONNANGELO; PEREIRA, 1976, p. 81)

ou “uma estratégia de prestação de serviços à população” (DONNANGELO; PEREIRA, 1976, p. 81).

Então, aqui se estabelece essa divisão entre uma proposta de mudança social, que por opção política, ‘deixa’ a tecnologia ao mercado. Nessa visão, cabe uma atitude política, não epistêmica.

Mais de duas décadas à frente, em tom de desabafo, o prof. Gastão Wagner volta-se, encabulado, conscientemente sobre esse ponto:

Acontece que os projetos elaborados a partir desta concepção esclarecem o papel do governo e da sociedade na produção de saúde, mas explicitam pouco sobre o papel específico dos serviços de saúde. Além de superegos sociais, o que mais caberia aos serviços de saúde?

Analisar a rede de determinações complexas dos processos de saúde-doença, cobrando ação e reformas. Muito bem. Mas e os serviços de saúde, o que fariam? Engenharia de tráfego, educação pública básica, urbanismo, distribuição de renda, reforma agrária, abastecimento? [...]

No fundo, vendemos a idéia de que a promoção da saúde e a prevenção esgotariam todo o cardápio de ofertas dos sistemas de saúde. (CAMPOS 1997, p.119)

Outra obra importante trata do texto que serviu como marco regulatório da proposta do SUS, que aparece como documento oficial e resultado do *I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal*, adotado com resultado do trabalho do CEBES (SCOREL, 1998). Este texto, entretanto, havia sido escrito em 1977, no Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro pelos sanitaristas Hésio Cordeiro e Reinaldo Guimarães e pelo economista José Luís Fiori (CORDEIRO; GUIMARÃES; FIORI, 2015), sendo adotado praticamente na íntegra nesse debate. Herdando a orientação do sanitarista Giovanni Berlinguer, líder do movimento pela reforma sanitária na Itália, nesse consenso entre sanitaristas “o movimento sanitário alcançou vincular saúde e democracia, através de sua prática teórica e social” (FLEURY, 1997a, p. 29). Mas fica claro, em alguns pontos, o caráter de ambiguidade que é nossa intenção destacar.

Na análise desse simpósio e de seu resultado, uma proposta de regulamentação jurídica, o texto de Fleury (1997a) demarca pontos importantes sobre os quais balizamos nossa hipótese. A autora esclarece que o grupo de intelectuais e profissionais envolvidos neste trabalho tem sua origem na área de saúde, mas a proposta do movimento é “incorporar em sua luta as demandas da sociedade como um todo” (FLEURY, 1997a, p. 25) e que esta luta política tem mesmo um caráter dual, de assumir um valor universal para a saúde, mas com uma postura de transformação da sociedade.

No entanto, a sutil ambiguidade pode ser observada quando a autora propõe um

modelo de funcionamento do sistema com a participação dos cidadãos, seus usuários, “possibilitando sua influência nos níveis decisórios e ampliando o acesso aos serviços de saúde de boa qualidade” (FLEURY, 1997a). Ora, a que se refere na prática, quando denomina “serviço de saúde”? O “acesso a serviço de saúde”, dentro da concepção macropolítica que se quer já assumir deveria ser a um centro de serviços sociais, a um centro de assistência médica, ou aos serviços do Estado que mantêm uma boa qualidade de vida? Fica evidente que o termo saúde, ora é empregado amplamente, como a vida política transformada e transformadora, ora como demarcador de assistência da medicina propriamente dita.

Diz então o documento do CEBES (2014):

3. o reconhecimento da responsabilidade parcial, porém intransferível das ações médicas propriamente ditas, individuais e coletivas, na promoção ativa da saúde da população.

Enfim, ora amplia-se o que se deseja dos médicos em sua participação como agentes de saúde, ora limita-se esse poder *biopolítico*, assumindo uma postura *antimedicina* (FOUCAULT, 2010).

Assistimos, deste modo, ao longo de três décadas, o confronto no campo político das forças envolvidas na área da saúde. Poucas foram as vozes especificando claramente a necessária distinção ontológica, que a nós parece clara. Mas estas já estavam presentes na década de 1990, como na excelente revisão do movimento sanitário e de sua participação, feita por Gastão Wagner Campos:

É verdade, que ao escolher tal percurso a saúde coletiva preocupava-se em se contrapor ao saber médico tradicional. Saber limitado, como já tanto demonstramos. Contudo, penso que nossa crítica perde força quando se deixa dissolver no social. Além destas elaborações mais gerais - histórico-estruturais - haveria que se reconstruir o pensamento médico, passar por ele para ultrapassá-lo, para enriquecê-lo. Ignorá-lo ou negá-lo somente tem empobrecido nosso discurso. (CAMPOS, 1997, p.120)

Em outro texto de revisão sobre o campo da saúde pública e da saúde coletiva, o mesmo autor comenta sobre essa questão ontológica:

[...] alguns autores sugerem reformular o paradigma biomédico mediante um deslocamento do objeto de intervenção dos sistemas de saúde. Deixar-se-ia de trabalhar com a doença para se operar com a saúde. Ora, tal propósito aparece como um contra-senso [...] já que a saúde é vista como um produto, um fim, um resultado almejado, um objetivo. O objeto sobre o qual intervém toda ou qualquer prática de saúde é a doença ou a potencialidade de se adoecer ou de morrer (CAMPOS, 2000, p.227).

Em entrevista à Cueto et al. (2014, p.122), Bahia também trata a questão de forma

análoga

O problema nosso não é ser contra o hospital. Somos contra a medicalização. Achamos que a saúde não é um problema médico, é um problema social, que tem determinação social. Então, não é para ser resolvido por médico. Alguns problemas precisam ser resolvidos no hospital. Outros não. [...] O médico de família não pode significar o retorno a um sistema médico centrado.

Talvez possamos compreender, nas palavras de Bahia (CUETO et al., 2014, p.122), que o resultado distinto de abordagens semelhantes para dois objetos nos demonstra que não definimos bem a ontologia da questão médica:

Temos três movimentos: o da reforma sanitária, o da reforma psiquiátrica – que não é PC, não é PT²⁰ – e o do HIV-Aids – que nem é PC, nem PT, é ONG. São três movimentos. Eu diria que os dois bem-sucedidos são da reforma psiquiátrica e do HIV-Aids. O malsucedido, por todos os motivos do mundo, é o nosso. Mas movimento da desospitalização, o movimento antimanicomial é muito bem-sucedido.

Entendemos que os resultados foram distintos exatamente pela distinção ontológica que caracteriza a saúde mental (como já tratamos aqui), necessitando de outra abordagem nesse programa de pesquisa, que a desvincule da anatomoclínica. Nesse sentido, teríamos uma atitude “para a qual a questão do resgate do sujeito é a essência mesma do movimento reformador” (FLEURY, 1997^a, p. 27). Isso feito, os resultados foram imensos, apesar das limitações do próprio desenvolvimento de uma proposta teórica que avançasse no mesmo ritmo da política antimanicomial (BEZERRA JÚNIOR, 2007).

No restante da saúde, infelizmente, ficamos ainda com a questão médica *dos corpos*.

Sestelo (2013), tratando da crítica que Sérgio Arouca fez ao modelo de medicina preventiva vigente à época, cita o médico e historiador da medicina George Rosen. Em sua concepção

[...] o desenvolvimento da ciência e da tecnologia médica ocorre efetivamente a partir de elementos não médicos, principalmente fatores econômicos e sociais definidos em termos de ‘valores’ formulados e expostos mediante determinadas expectativas em relação ao futuro. Em outras palavras, trata-se de questão política e refere-se em termos práticos a uma ‘agenda’ ou ‘não agenda’ de Estado (ROSEN apud SESTELO 2013, site na web).

O que nos confirma que o olhar crítico sobre a *medicina* – culturalmente um componente ideológico, infraestrutural do modo de produção capitalista – ainda permanece

²⁰ Refere-se às distintas posturas na política sanitária dos representantes do Partido dos Trabalhadores e dos egressos do Partido Comunista Brasileiro.

vinculado ao olhar crítico sobre o *conhecimento médico* – algo que deveria fazer parte de outra categoria de análise. Este último não será refutado, ou falsificado, pelas mudanças histórico-sociais de nosso tempo, mas dentro de sua própria dinâmica de conseguir demonstrar se explica melhor ou não nossos fatos da vida.

No entanto, ainda persiste farto desenvolvimento de pensamento nas ciências sociais que caminha contrário a isso. Saindo da lógica da pesquisa científica para a abordagem sociológica da ciência, abre-se uma nova perspectiva sobre o problema da construção do próprio conhecimento médico. Mendonça e Camargo Júnior (2012, p.216) nos apresentam essa crítica, quando fazem a revisão da mudança do conceito de *Complexo Médico-Industrial* para *Complexo Médico-Financeiro* e escolhem um “referencial teórico [...] pouco difundido na saúde coletiva brasileira [...]: os ‘sciencestudies’”.

Nesse texto, os autores chamam a atenção para a perspectiva do grupo de sociologia do conhecimento denominado *Programa Forte*, originalmente defendido por David Bloor e Barry Barnes, que ancora firmemente o conhecimento em sua gênese e desenvolvimento em uma sociologia de perspectiva causal, destacando a relevância de variáveis sociais para a determinação do conteúdo das teorias científicas (PALÁCIOS, 1994). Em resumo breve, o *Programa Forte* prevê o desenvolvimento de teorias sempre subordinado ao contexto social que, enfim, definiriam os caminhos a seguir pelos pesquisadores; basicamente, causas políticas e sociais. Nesse ponto, Mendonça e Camargo (2012) enfatizam novos modelos de produção de conhecimento, cujos aspectos como a comercialização de pesquisas, a massificação da educação superior, a globalização e a reconfiguração das instituições, além da ascensão da gestão conduzem a um sistema no qual o conhecimento passou a ser gerado dentro de um contexto de aplicação social.

Ora, mas poderíamos recuar duas décadas e teríamos ainda a questão da medicina e seu desenvolvimento científico atrelado aos interesses econômicos industriais da época. Poderíamos mesmo questionar a direção da pesquisa científica dentro dos interesses da economia de mercado. Mas abrir mão do poder dessa ciência foi uma boa opção política?

Em artigo seminal para uma outra abordagem²¹, Pierre Bourdieu (1975, p.20) nos demonstra que realmente não podemos ter a ingenuidade de concepção ao aceitar uma

²¹ Tanto a abordagem do *Programa Forte* quanto a de Bourdieu diferenciam-se da de Lakatos por discriminação entre interesse/determinação social e interesse/determinação científica ou, em outras palavras, entre uma abordagem externalista e sociológica e outra internalista e epistemológica (HOCHMAN, 1994).

ciência neutra, pois essa ideia é “uma ficção interessada que habilita seus autores a apresentar uma representação do mundo social, neutro e eufêmico”.

Em seu principal conceito, o de *campo científico*, vamos entender que “os conflitos epistemológicos são sempre, inseparavelmente, conflitos políticos: de modo que uma pesquisa sobre o poder no campo científico poderia perfeitamente consistir apenas em questões aparentemente epistemológicas” (BOURDIEU, 1975, p.22). Logo, nas disputas pelo *ganho social*, desqualificar a ciência foi uma opção política e não epistemológica, que nos deixou num vazio epistêmico, um vazio de poder. A disputa do *campo científico* da saúde partiu-se e a medicina, que é uma prática baseada em fundamentos científicos ficou à mercê da influência que os fatores sociais da economia de mercado deram à essa ciência. Curiosamente, o pensamento da pesquisa médica, de uma forma geral, a assumiu como neutra e desatrelada de interesses econômicos até recentemente e se empenhou no domínio de todas as suas potencialidades, com enorme ganho de lucro (no sentido que nos dá Bourdieu). Contrariamente, conscientes dos interesses sociais do poder das ciências médicas em seu franco desenvolvimento no final do séc. XX, o pensamento sanitário abriu mão de brigar por ele.

Para esse desenho, o Movimento Sanitário (MS) planejava, dentro de uma lógica social, cuidar da prestação de serviços na área da saúde enquanto o mercado se dirigiu para a produção e circulação de bens de consumo, numa lógica econômica. Como consequência dessa cisão, “a entronização da saúde como direito na nova constituição pode ser vista como vitória do segundo grupo, mas sua implementação plena continua sendo uma luta contra a lógica dita ‘privatista’” (MENDONÇA; CAMARGO JÚNIOR 2012, p.221).

A questão em disputa já teve um curioso precedente histórico. Foucault (2004, p.67) nos relata a hierarquia em dois níveis no corpo médico, numa proposta feita por Cabanis ao governo pós-revolucionário da França no século XVIII, para a regulamentação da medicina: de um lado os doutores em medicina e cirurgia, de outro os oficiais da saúde. “Abrir-se-á a prática aos oficiais da saúde, mas reservar-se-á aos médicos a iniciação à clínica”.

Resta saber se haverá tempo e contexto político-social para se reaproximar do programa de pesquisa *lakatosiano* da medicina e se vale lutar no campo da saúde pelo domínio do conhecimento das ciências médicas.

Copérnico aceitou que precisava respeitar o cânone escolástico e não avançar sua

etapa histórica (WEINBERG, 2015), mas se manteve atento ao que sua teoria verificava nos fatos e, posto isto, não abriu mão de demarcar melhor onde estavam as estrelas fixas.

4.3.3 A Escolástica

Para Lakatos (1999), a caracterização ou demarcação de uma ciência se dá em seu aspecto empírico. Não só da não comprovação ou falseamento, mas da impossibilidade de prever ou assentar fatos novos. Assim, o vigor para o desenvolvimento de soluções que dessem conta de novos fatos, das necessidades empíricas da política de saúde, seriam os marcadores de sobrevivência do pensamento sanitário em sua proposta frente à *biomedicina*.

Como veremos, isso de fato não ocorreu. Permaneceu, no entanto, o confronto e a disputa entre projetos políticos que pareciam contrapor as opções do discurso social do movimento sanitário ao cientificismo da biomedicina. Não há como não ver uma disputa, mesmo que honesta, pelo poder da verdade, no sentido *foucaultiano* de ambos os termos. Por esse enfoque, Foucault já julgava que o problema político essencial

não é criticar os conteúdos ideológicos que estariam ligados à ciência ou fazer com que sua prática científica seja acompanhada por uma ideologia justa; mas saber se é possível constituir uma nova política da verdade. O problema não é mudar a consciência das pessoas [...] mas o regime político, econômico, institucional de produção da verdade (FOUCAULT 1979, p.28).

Essa era a disputa em questão.

Poderíamos relacionar o desejo da RS no enquadramento da biomedicina em seu projeto de transformação social no mesmo modelo de significação positiva que Foucault nos relata no projeto da medicina de Estado na França, nos anos pós-revolucionários do século XVII. Podemos manter os mesmos desejos de ir além de uma “seca e triste análise de milhões de enfermidades” e “instaurar na vida dos homens as figuras positivas da saúde, da virtude e da felicidade [...] não mais ser apenas o corpus das técnicas da cura e do saber que elas requerem: envolverá, também, um conhecimento do homem saudável” (FOUCAULT, 2004, p.48). Ora, sabendo-se ser a medicina sempre um mecanismo de biopolítica, não seria também a concepção ampliada da saúde, na RS, um sistema disciplinar?

Então, vejamos.

Em texto para debate, dirigido a sanitaristas e pesquisadores da área de saúde coletiva, Jairnilson Paim (2013, p.1927) conclui que “as forças políticas que alcançaram o

poder nas duas últimas décadas não apresentaram um projeto para a Nação à altura daqueles que geraram a Constituição Cidadã”, embora tenham conduzido a importantes mudanças que catapultaram a economia da saúde a patamares condizentes com o projeto central de desenvolvimento do capitalismo nacional (FAGNANI, 2013). No entanto, mesmo em obra vinculada ao grupo político que assumiu esse projeto nos governos na primeira década deste século, percebemos que as críticas necessárias aos equívocos nessa política foram assumidas (COSTA, 2013). Diz assim a crítica assinada por pesquisadora sanitária do MS:

Sob o ponto de vista da política de saúde, a opção do primeiro governo Lula foi pela continuidade da implementação da atenção primária em todo o território nacional [...]. O fortalecimento da rede de atenção especializada e de hospitais de médio porte, fundamental para a retaguarda e garantia do cuidado integral, continua como desafio (COSTA 2013, p.239).

Então, após a longa caminhada de lutas político-ideológicas, o que percebemos é que ainda continuamos precisando de hospitais – e com médicos (CAMPOS, 2018; VIACAVA et al., 2018). Apesar de toda a crítica ao modelo de organização da assistência à saúde, com marcado foco na assistência hospitalar – crítica essa que taxava a *biomedicina* de *hospitalocêntrica* –, agora se percebe essa deficiência no sistema (GADELHA; TEMPORÃO, 2018) – e, notoriamente, pelos mesmos motivos de antes de toda a Reforma. Permanecemos na sociedade de classes, obviamente, subordinados à mesma lógica de economia de mercado, em que nada mudou. A concepção de assistência trouxe novas perspectivas e avanços sociais, isso é inegável. Mas os avanços tecnológicos, inerentemente pertencentes ao sistema de saúde de uma forma global, talvez estejam mais injustamente distribuídos do que antes (LANDMANN-SZWARCWALD; MACINKO, 2016). Assim como na distribuição da riqueza global, ampliou-se o fosso.

Retomando o pensamento de Costa (2013), a autora continua seu texto descrevendo como os trabalhadores formais migraram da assistência médica do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) para os planos privados de saúde; já a população que não tinha direito a atendimento, foi para a assistência do SUS, mas lamenta que “a assistência à saúde oferecida pelo SUS continua sendo ineficaz, de baixa qualidade, com cobertura limitada e distante dos anseios e necessidades da população” (COSTA, 2013, p.239).

Mas, o que mais podemos e devemos ressaltar no seu texto é que, como num balanço final da situação que lançamos como hipótese desde o início, destaca a ausência dos saberes da ciência médica no modelo a que se chegou:

Para os 73% da população que dependem exclusivamente do SUS, o modelo de

saúde tem priorizado a oferta de tecnologias de baixo custo, com foco na atenção primária [...] o SUS oferecido é desfalcado da integralidade conferida pela oferta dos diversos tipos de cuidados assistenciais e caracterizado pela baixa qualidade [...]. Não se trata aqui de rejeitar os benefícios da atenção primária, desde que devidamente assegurada sua articulação e acesso aos demais serviços e níveis de complexidade para atender às necessidades de cuidado à saúde da população (COSTA, 2013, p.239).

Em outro texto, prescritivo de direcionamento para a política de saúde, o presidente da Abrasco, à época das eleições de 2014 para a presidência da república, analisa as plataformas programáticas das candidaturas, resgatando a meta histórica da RS em prol da democratização do país e melhoria da justiça social (SOUZA, 2014). Seu ponto central para a questão do desenvolvimento, um dos eixos centrais desta agenda, é que a distribuição de riqueza, dos ganhos de produtividade e do progresso técnico sejam acompanhados de melhoria geral das condições de vida. Quanto a isso, não há discordância com o histórico de lutas da RS. Prossegue, no entanto, com a mesma resistência que atrela as ciências médicas ao modelo econômico do capital, quando declara: “A implantação de um sistema capaz de oferecer cuidado integral à saúde exige a superação do modelo biomédico e mercantilista de atenção à saúde, predominante no Brasil”. (SOUZA, 2014, p.1019)

No mais recente e abrangente levantamento das trajetórias do SUS ao longo de 30 anos, podemos perceber, numa fala direta, do que estamos falando:

[...] em função de um discurso crítico ao hospitalocentrismo. Nesse debate estratégico a atenção hospitalar foi marginalizada, sem um adequado exercício avaliativo de sua insuficiência estrutural e sua efetividade sistêmica e, portanto, sem promover uma reforma hospitalar que integrasse e reorientasse estes equipamentos às RAS²², fortalecendo assim também o desempenho da APS²³, das urgências e do cuidado em regime de internação – inclusive não hospitalar de larga permanência (VIANA; DE NEGRI, 2018, p.1796).

Pode-se sentir aqui o resultado da disputa pelo campo científico (BOURDIEU, 1975) das ciências médicas na ausência de uma proposta forte do MS para se contrapor ao mercado. Não havia uma disputa científica no mesmo nível da ideológico-política. Com a chegada ao espaço do Estado (RODRIGUES NETO, 1997), a meta se direcionou para a gestão. Em torno desse mesmo debate, Amélia Cohn reflete sobre esse período ao assumir que “somos todos perdedores, apesar de todos os avanços e conquistas destes últimos 25 anos, com exceção daqueles que caíram no canto sedutor das novas formas de gestão dos serviços públicos de saúde ou no entorno do aparato estatal” (COHN, 2013, p.1938).

Mas, se recuarmos uma década e meia, já poderíamos ouvir essa mesma crítica:

²²Redes de Atenção à Saúde

²³Atenção Primária à Saúde

O que fizemos? O que fiz? O antigo movimento sanitário se esfrangalhou, divididos em escolas com capital de saber que preservamos compulsivamente da contaminação alheia - paranóias à parte -; em grupos de interesse montados para fazer carreira nas instituições - vaidades e ambições à parte -; em tendências partidárias ou semi-partidárias zelando por currais onde poucos aceitam encerrar-se (CAMPOS, 1997, p.113)

E, de forma efetiva, estruturalmente, o que mudou depois dessas quatro décadas? Não desejamos assumir nesses comentários que nossas respostas tenham o peso de conclusões matemáticas; mas não nos furtamos de fazê-los, exatamente para nos posicionar no debate frente à observação dos fatos históricos.

O modelo econômico em que vivemos acentuou suas marcas previstas de avanço das forças de mercado; agora, como já citamos (GRÜN, 2013; FAGNANI, 2013; OCKÉ-REIS 2012), sob a intensificação financeira do neoliberalismo (SESTELO, 2018a).

Os rumos da política nacional mudaram, flagrantemente para um retrocesso, se pensarmos em conquistas de cunho social que visem à coletividade. Nem mesmo as conquistas anteriores ao texto da Carta Magna de 1988 estão livres de serem perdidas.

Enquanto isso, a medicina e as ciências médicas seguem, ainda mais fortes e objetivamente, como fontes de verdades e realizações que espreitam as fronteiras conceituais do que sustentávamos como a vida, a espécie e mesmo do que seja o humano. A bioética alerta (DIAS; VILAÇA, 2013) e a ciência prepara-se para a singularidade do *transhumanismo* (VILAÇA; PALMA, 2012; LACEY, 2008).

Saindo ou não do modelo de dominação econômica em que estamos inseridos, não acompanhar o conhecimento sobre o mundo e o humano poderá nos deixar, num futuro próximo, não apenas divididos em classes – mas, definitivamente, em mundos.

Ao sistema de pensamento ligado à escola da Idade Média, e depois às primeiras universidades, deu-se o nome de *escolástica*, que instalava “na tradição intelectual europeia a ideia de saber como libertação” (LE GOFF, 2007, p. 187). Durante séculos, o produtivo pensar, ensinar e reescrever manteve a “adesão tácita pré-reflexiva” (BOURDIEU, 1975) ao binômio razão e fé. No entanto, nem o forte poder político eclesiástico foi suficiente para mantê-lo de pé, com o advento da crítica epistêmica dos pais da ciência moderna. Descartes, Bacon e Galileu derrubaram o aristotelismo e o sol tomou seu lugar.

A nossa academia segue seu curso, seu *habitus* científico²⁴, produzindo teses, doutores, propostas de políticas públicas e retornos reflexivos sobre sua própria história. Prateleiras deles.

Penso que a pergunta que nos devemos fazer deva ser: Com quem estará o domínio do conhecimento quando todas as nossas convicções se perderem e percebermos que o centro do universo mudou de lugar?

²⁴ A partir dessa leitura de Bourdieu pode-se perceber que embora em dissonância com as ciências médicas, pelo campo da saúde, utilizando seu ‘capital’ teórico para travar a disputa e buscar vencê-la, não deveríamos reconhecer que, em seu próprio seio, o pensamento sanitário também funcione com “suas estratégias de conservação e dominação que visam garantir a perpetuação da ordem científica estabelecida à qual seus interesses estão vinculados”? (BOURDIEU, 1975, p.26)

5 A MEDICINA GESTIONÁRIA: A CHEGADA DA CULTURA DO CAPITAL FINANCEIRO

“A filosofia é o conjunto das questões no qual aquele que questiona é, ele próprio, posto em causa pela questão”.
Merleau-Ponty

Parece-me que desde sempre tem havido transformações na prática da medicina (VIANNA SOBRINHO, 2013) – que é historicamente entendida como uma profissão de grande *autonomia* (FREIDSON, 2007). No entanto, atualmente, as mudanças têm interferido nesta que sempre foi uma de suas mais comentadas características.

O médico contemporâneo já poderia se diferir mais claramente do médico de três décadas atrás, na mesma magnitude que este, de outro médico um século antes? E, se isso realmente for possível, terá sido a revolução tecnológica das últimas décadas do século XX a responsável por essa mudança?

O médico que viveu e atuou nesse período de grande incorporação tecnológica realmente percebeu o impacto do surgimento de variado armamento de diagnose e terapêutica, como enfim toda a sociedade em suas atividades do dia a dia. Mas, essa aceleração de incorporação tecnológica ao seu arsenal de dispositivos foi o que mais teve impacto na grande transformação de sua prática contemporânea? Foi a mudança do instrumental técnico de auxílio à sua prática o fato que mais distinguiu esse profissional de seus colegas de outras décadas, incluindo aqueles ainda atuantes na profissão?

Uma das formas de detectar essa mudança poderia ser o próprio estranhamento entre as práticas no convívio do meio profissional. Podemos avaliar os ‘sinais e sintomas’ que essa mudança provocou, com a convivência de gerações de médicos simultaneamente em seus ambientes de trabalho. Sabendo que a medicina é uma carreira cuja aposentadoria é retardada ao máximo e que há um número muito reduzido de desempregados na profissão (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004)²⁵, podemos aceitar como lógica a existência de várias gerações de médicos a exercendo em convívio diário nos ambientes de atendimento em saúde (MACHADO, 1997). Assim, nos situando profissionalmente neste período, tendo atuado no final do século XX e atuando ainda no XXI, testemunhamos esse

²⁵ Nessa pesquisa realizada em todo o território nacional, foi constatado que o índice de inatividade profissional entre os médicos é irrisório. Os números impressionam, se comparados com qualquer outra profissão; mesmo computando aqueles de idade avançada, os que desistiram da profissão e aqueles que se aposentaram: 98.3% dos médicos ainda trabalham. Há levantamentos mais recentes, mas esse trabalho – do Conselho Federal de Medicina – foi realizado à época da percepção da questão a que vou me referir, nesse momento de transição no modelo de prática profissional.

estranhamento; e o que pretendemos postular aqui é que não foi a incorporação de instrumental tecnológico que mais distinguiu as novas gerações.

Do ponto de vista epistemológico, apoiado em observações na área da sociologia profissional, entendemos que o fato que trouxe a maior mudança ocorreu mesmo na virada deste século, com a introdução de uma *linguagem gestonária* (GAULEJAC, 2007) no universo da prática médica.

Dito de outro modo: o impacto da rápida incorporação de uma profusão de descobertas de novas tecnologias na prática médica não alterou essencialmente essa prática, do ponto de vista *epistêmico*, mas apenas a acelerou, a instrumentalizou mais, trazendo transformações quantitativas. A equação médico-paciente, em que o primeiro atua sobre o segundo, num acordo tácito entre aquele que detém um saber e aquele que sofre (RICOUER, 2010), não é modificada pela existência de maior ou menor instrumentação tecnológica. O uso do estetoscópio, nessa equação, não difere do uso da ressonância magnética nuclear.

No entanto, a introdução da linguagem da gestão (GAULEJAC, 2007), da cultura da burocracia (GRÜN, 2013), da abstrata evidência epidemiológica mudou mais o pensar médico e sua autonomia do que os três séculos de descobertas que nos separam da medicina medieval. Se retomarmos nossa pergunta *kuhniana*, agora sim poderemos sinalizar com uma reviravolta, uma revolução, para um novo paradigma. Ao analisar a equação médico-paciente, a questão que está agora em jogo é a autonomia da decisão do primeiro. Algo muito caro e característico na constituição do modelo profissional construído ao longo dos dois últimos séculos (FREIDSON, 2007).

Poderíamos então, para efeito de exemplo, contrapor duas situações hipotéticas distintas, nas quais teríamos profissionais de gerações diferentes, e concluir em qual das situações realmente estamos presenciando uma mudança em toda a estrutura de fundamentação de saberes do profissional; ou seja, em qual situação estamos saindo do sistema de crenças, em qual podemos pensar em mudança de paradigmas.

Na primeira situação, vamos utilizar o advento da cirurgia por via laparoscópica na virada deste século. Esse é um bom exemplo de transformação da prática profissional pela chegada de nova tecnologia, pois vai nos dar o tom que pretendemos do desenvolvimento histórico da medicina do século XX. Ora, a laparoscopia já existia desde o princípio do

século, mas, durante muitos anos, fora realizada apenas com finalidades diagnósticas²⁶. Porém, nas duas últimas décadas – justamente o período de inovações de que tratamos – basicamente pela utilização da fibra ótica com a transmissão de imagem para uma tela de vídeo –, surgiu, segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM, 2016), o avanço da terapia através da intervenção cirúrgica, utilizando-se dessa técnica; enfim, tivemos a chegada da cirurgia videolaparoscópica.

Como todo procedimento técnico, houve o período de aprendizado, ou *curva de aprendizado*, mais sujeito a complicações e ajustes de indicação (CAMPOS; ROLL, 2003). Inicialmente desacreditado e severamente criticado, o acesso por via laparoscópica foi conquistando espaço a partir dos resultados das equipes cirúrgicas que melhoraram seus critérios de indicação e abordagem das complicações. Tais equipes tinham *background* técnico para a abordagem por via convencional, nos frequentes casos em que há necessidade de conversão²⁷, fato mais frequente nos primeiros anos de implante da técnica (VALARINI; CAMPOS, 2008). Então, ao longo de uma década ou mais, muitos cirurgiões experientes tiveram que se readaptar ao aprendizado dessa nova técnica. Os médicos mais novos, recém-chegados à prática profissional, embora não carregassem anos de experiência na destreza da cirurgia abdominal pela via convencional, tiveram maior facilidade de se adaptar ao treinamento. Cirurgiões com até trinta ou mais anos de prática operatória, paulatinamente foram transferindo e aumentando as suas indicações de cirurgia por laparotomia para videolaparoscopia.

Numa segunda situação, enfrentaremos um problema com outras características: a questão da experiência profissional, de várias formas associada ao conceito de autoridade do saber²⁸.

²⁶ A laparoscopia, basicamente, é um exame de visualização do interior da cavidade abdominal e de suas vísceras através da introdução de um tubo, sem a necessidade de abrir a cavidade abdominal através de um corte, a laparotomia. A necessidade de diminuir os riscos inerentes à agressão física menor do procedimento foi fundamental para que o valor da técnica diagnóstica se transformasse em terapêutica e orientasse também outras técnicas como a toracoscopia, mediastinoscopia etc.

²⁷ A conversão se dá quando a cirurgia é iniciada por via laparoscópica e há necessidade de transformá-la em cirurgia aberta – laparotomia. Seja por complicações durante o procedimento seja por dificuldades técnicas não previstas, como aderências, sangramentos excessivos etc.

²⁸ Para pensarmos na questão da autoridade do saber médico em sua relação social, nesta tese, nos baseamos fortemente no texto do sociólogo norte-americano Eliot Freidson (2007), ao qual voltaremos com frequência. No entanto, fica tácita a indispensável concepção de Foucault das relações de poder, tanto o biopolítico sobre o corpo (FOUCAULT, 1979, 2004, 2005, 2010) quanto propriamente sobre o saber (FOUCAULT, 1999). Este autor foi fundamental e estruturante para o pensamento sanitário sobre o médico e a medicina, particularmente nessa última obra, que serve de base à revisão crítica do valor epistêmico desse saber (AROUCA, 2003). Particularmente ainda referencio, como complementares para a concepção das características de poder dessa autoridade, Ivan Illich (1975), Jean Clavreull (1983) e Paul Ricouer (2010).

Imaginemos um clínico geral, com cerca de trinta anos de experiência e prática no atendimento aos seus pacientes. O modelo de ‘médico experiente’ foi um conceito frequente e universalmente válido até as últimas décadas do século passado (FREIDSON, 2007) e é assumido por esse profissional ao embasar uma decisão sobre uma conduta terapêutica, por exemplo, com a seguinte afirmação: “Na minha experiência, esse é o tratamento mais adequado para esse caso”. E não haveria nenhum estranhamento quando algum profissional proferisse tal sentença, ou balizasse dessa forma as suas condutas.

No entanto, com a chegada da *Medicina Baseada em Evidência* – doravante MBE – criou-se a possibilidade de um novo estranhamento entre as gerações de profissionais (SAYD; MOREIRA 2000). Em alguma situação hipotética, qualquer jovem clínico, recém-saído da sua graduação, sem nenhuma ou mínima experiência na prática, tornara-se habilitado a questionar a validade do enunciado desse antigo profissional e, poderíamos admitir, emitir uma contra-afirmação: “Mas os protocolos nos dizem que o melhor tratamento para casos como esse é outro”²⁹.

Esta é uma transformação radical. Não se trata apenas de se manter atualizado dos resultados dos novos ensaios clínicos multicêntricos, randomizados, das metanálises. O que está em questão é que a experiência pessoal do médico passa a ter um valor questionável, frente à poderosa informação advinda de pesquisas clínicas com métodos rigorosos e conclusões estatisticamente poderosas (SACKETT; ROSEMBERG, 1996). Num confronto direto, o saber médico, sedimentado ao longo de anos na observação empírica, perde muito do seu antigo valor. Isso vai muito além de apenas uma melhoria instrumental.

O que está em jogo é justamente a perda do controle individual do profissional sobre o saber. Sobre o saber médico – e mesmo, sobre o *seu* saber.

E, rapidamente, como discutiremos adiante, a posse do saber científico das ciências médicas, ao escapar do poder ou do controle de cada profissional passa a ser um corpo de informações que pode ser protocolizado, padronizado e, mais simplesmente, administrável³⁰. Logo cedo, essa tendência a assumir um caráter normativo e ser atrelado ao ímpeto regulatório dos mecanismos da crescente e ubíqua cultura da gestão foi notada por diversos

²⁹ Explicitaremos mais adiante, mas os *guidelines*, enfim traduzidos como protocolos ou diretrizes no nosso país, são o resultado da estruturação de um corpo de informações de apoio à decisão clínica fornecida pelo tratamento estatístico das evidências científicas.

³⁰ Acertadamente, Chang e Lee observam que “A MBE colocou nova ênfase na relação entre a pesquisa clínica e os padrões de prática dos médicos, mas mudou o ‘centro de gravidade’ da medicina do espaço entre o clínico e o paciente para algum lugar entre a pesquisa e o clínico” (CHANG; LEE, 2018, p.1983).

autores (SAYD; MOREIRA, 2000; CASTIEL; PÓVOA, 2001; ANTUNES, 2003); inclusive por um dos fundadores da MBE, que notadamente abandonou o grupo e a própria MBE poucos anos após suas publicações terem ajudado a fundar o conceito (SACKETT, 2000).

Pessoalmente, tendo terminado minha graduação em meados da década de 1980 e, desde então, exercido a profissão como cardiologista clínico, defenderei aqui a percepção empírica que presenciei na prática médica com essas duas grandes transformações – a *tecnológica* e a *gestionária*. Como citei em Merlau-Ponty, estive no centro da minha própria questão.

A cardiologia talvez seja, das especialidades médicas, uma das que mais se transformou, beneficiando-se do desenvolvimento tecnológico do final do século. Os avanços tanto na área de diagnose como na terapêutica, seja farmacológica, seja nas intervenções invasivas e cirúrgicas, com o avanço exponencial de descobertas mudaram os rumos da evolução de doenças e tiveram impacto direto na sobrevivência dos pacientes (BRAUNWALD; NABEL, 2012). Presenciei algumas abordagens terapêuticas para doenças graves, no início da minha vida profissional, que eram consideradas de extrema dificuldade técnica: tinham resultados pouco satisfatórios e causavam frequentemente grandes danos colaterais aos pacientes. Décadas depois, com o avanço tecnológico, para as mesmas patologias de extrema gravidade, os procedimentos terapêuticos tornaram-se muito seguros, rápidos, pouco traumáticos, com redução de danos colaterais e assombroso avanço na recuperação dos pacientes, de forma que os resultados terapêuticos são quase incomparáveis.

Pelo meu testemunho, no entanto, durante essas três décadas, nenhuma mudança tecnológica impactou mais a minha prática e a de meus colegas em atividade do que a chegada da cultura gestionária, avalizada e fundamentada nos pressupostos da MBE. E é isso que pretendemos demonstrar.

Teríamos então, para fins de compreensão desse processo de transformação histórica, a divisão em três momentos de observação.

Em um **primeiro momento**, o modelo de médico convencionalmente aceito como liberal, que marca a caracterização que faremos para o século XX.

Em um **segundo momento**, apresentaremos o modelo de médico das décadas finais do século XX, caracteristicamente influenciado pela grande evolução tecnológica.

E, por último, trataremos da caracterização de um novo modelo profissional, em um **terceiro momento**, frente à mudança no poder decisório ou do saber, que não depende de

qualquer tecnologia envolvida, mas da aceitação *cientificamente sustentada* do valor superior das evidências que não mais dependem da experiência empírica individual. Esse terceiro modelo vai ser fundamental para entender a prática da medicina de hoje – e da que se anuncia.

5.1 PRIMEIRO MOMENTO

Há três ou quatro décadas, a imagem que o conjunto da sociedade, o mundo acadêmico e nós mesmos, médicos, tínhamos da prática médica ocidental formava um paradigma razoavelmente estabelecido em cima da grande autonomia e da liberdade de atuação autorregulada. O coletivo de profissionais que a exercia almejava, desde a ‘infância’ acadêmica, atingir um corpo de saberes técnicos que, trabalhados no tempo de exercício da *expertise*, trouxessem a carga meritória da ‘experiência profissional’. Vivíamos neste período aceito como a Era de Ouro da medicina (FREIDSON, 2007).

Ao demarcar um modelo paradigmático para a prática médica brasileira do final do século XX, utilizarei o extenso trabalho do sociólogo das profissões Eliot Freidson, de 1973 – *A Profissão Médica* – traduzido no Brasil apenas no presente século. Nessa análise, estamos localizados na segunda metade do século XX, no período pós-guerra, avançando até próximo dos anos 1980-1990. Poderemos admitir, e demonstraremos autores que corroboram esse ponto de vista, que a análise sociológica da prática profissional norte-americana na segunda metade do século passado reflete, como um límpido espelho, o que se pregava como ideal na prática profissional liberal no nosso país ao mesmo momento³¹ (MACHADO, 1997; SCHRAIBER, 1993, 1995). Embora analisando sob outro aspecto, também assim se assemelha o que diagnosticou Foucault (2010).

No texto de Freidson, no entanto, perceberemos uma crítica ao poder profissional de um ponto de vista diferente ao adotado na visão de outros pensadores do fazer da medicina contemporânea como Foucault e Illich. Suas conclusões são mais voltadas às consequências dessa prática no equilíbrio – ou *des* – econômico do sistema, em que admite que o médico é o profissional-liberal prototípico para o modelo de economia de mercado; principalmente na revisão que faz ao texto, em um posfácio escrito já em 1988. Adotamos ainda, para este fim,

³¹ Numa perspectiva lusófona, podemos encontrar outras referências da importância desse texto também na cultura médica de Portugal, em excelente trabalho da Prof^ª Graça Carapinheiro (1988).

a importante concepção de que o mercado de saúde, no qual está inserida a prática médica, tem uma complexa, dinâmica e interdependente relação com as forças de produção da sociedade, no que se caracterizou conceitualmente denominar *Complexo Médico-Industrial* (CORDEIRO, 1980).

Freidson (2007, p. 10) abre seu trabalho dizendo que “as profissões buscam a liberdade para lidar com o conhecimento e o trabalho à sua maneira, protegendo-se das interferências leigas”.

Caracteriza, então, *profissão* como uma atividade de grande autonomia e que possa ser autorregulada, reivindicando uma autoridade mais segura em relação à natureza da realidade com que lida, diferentemente de ocupações não profissionais. Seu notório saber, apoiado no conhecimento qualificador da ciência dos séculos XIX e XX, esotericamente restrito àqueles que participam de uma formação extensa, fechada e regulada pelas próprias instituições profissionais, a distinguem da categoria de *ofício*³².

Seu texto constrói o caminho histórico no qual a medicina, muito mais conectada com a evolução da ciência moderna e da tecnologia que outras atividades, envolveu o Estado no estabelecimento e na preservação da preeminência da profissão, tendo a sua autonomia como a característica mais estratégica e preciosa para o exercício pleno e autorregulado da profissão. É de sua relação com o Estado soberano, “apesar de contextos políticos muito variáveis”, o caráter claramente político de poder (FREIDSON, 2007, p. 44).

Advoga este autor que a prática médica não sofreria regulação de ninguém externo à profissão, tendo em vista três reivindicações de ordem prática:

- Primeiro – Há um elevado nível de perícia e conhecimento técnico. Esse conhecimento é excepcional, tem desenvolvimento histórico e foi restrito desde antes da regulação *flexneriana* em acordos normativos com o Estado; assim, ele não estaria ao alcance dos leigos, nem para avaliação, nem para regulação³³;

- Segundo – Porque a responsabilidade do profissional deve merecer a confiança de quem não tem o conhecimento;

³² Esse trecho da caracterização da *profissão* por Freidson, no qual utiliza a medicina como exemplo mais desenvolvido do conceito, serve de base para diversos autores que citamos aqui, como Carapinheiro (1988), Machado (1997) e Schraiber (1993).

³³ Por um caminho diverso, podemos perceber o mesmo controle sobre esse poderoso saber e as formas de controle ao acesso à profissão médica no *Nascimento da Clínica*, no Foucault (2004) nos detalha as voltas e reviravoltas para a normatização legal da medicina nos precoces anos da França após a revolução.

- Terceiro – Porque a própria profissão deveria implementar suas ações de regulação nas raras ocasiões em que um profissional for incompetente ou antiético no exercício de sua atividade. Logo, “sua autonomia é justificada e testada pela autorregulação” (FREIDSON, 2007, p.97).

Então percebemos como fundamental para justificar a autonomia e autorregulação os dois primeiros itens, que dizem respeito ao conhecimento do médico e à relação deste com aquele que não o tem.

Essa relação, que é a base da equação médico-paciente, está fortemente fundamentada nessa dependência. Só a podemos conceber se aceitamos que “uma dissimetria notável separa os dois protagonistas: de um lado aquele que sabe e sabe fazer, do outro aquele que sofre” (RICOUER, 2010, p.6).

Ricouer (2010) nos chama a atenção para esse aspecto teleológico da medicina, que direciona um saber de um para o sofrimento de um outro. Ele, assim, caracteriza um pacto de confiança, no qual aquele que necessita aceita aquele que sabe, antes mesmo de qualquer contrato. O pacto de confiança é anterior ao contrato médico. A aceitação da *expertise* é algo tácito ao posterior contrato.

A prática clínica do médico para este autor, no entanto, envolve um saber complexo e, de forma alguma restrito apenas ao conhecimento técnico, que simplificaria o seu conceito de desproporcionalidade e dependência do paciente.

Ele nos distingue três níveis de juízo para a abordagem do profissional.

O primeiro juízo, de caráter prudencial, estaria ligado à capacidade de julgar um determinado paciente nessa relação interpessoal e dependeria justamente de uma sabedoria prática, da experiência, do “ensino e do exercício” (RICOUER, 2010). É sobre esse juízo que se somaria um outro, de caráter deontológico, quando o médico saísse da perspectiva particular de um paciente individual, para ajustá-lo à normatização que rege os fundamentos coletivos da medicina. Nos espaços dessa interposição estaria, por fim, um terceiro juízo, mais reflexivo; este seria justamente caracterizado pelas decisões éticas, que lidariam com limites em decisões radicais, como as relacionadas à vida e à morte (RICOUER, 2010).

Esse modelo de Ricouer não admite outra relação que não seja a de submissão confiante a um saber confesso profissionalmente, como também nos propõe Edmond Pellegrino. Para este último, umbioeticista, o profissionalismo médico vai além de sua constituição histórica no quadro das profissões, para as quais serviu mesmo de modelo como

o direito, o ministério e até os militares e acadêmicos. Todos de posse de um corpo de conhecimento especial, de uma gama de práticas reguladas numa normativa e de um mandato social que libere um “significativo poder discricionário na definição de normas para a educação e desempenho dos seus membros” (PELLEGRINO, 2002, p.378).

O que este autor nos apresenta como específico do profissional médico é exposto a partir de uma busca na etimologia do termo, pois aquele que se apresenta como médico *professa* – declara, proclama publicamente – ser apto para exercer a medicina. E esse professor se dá de duas maneiras. A primeira, logo no ato simbólico da formatura, é uma declaração do saber constituído, do ingresso em uma comunidade moral que lhe impõe um juramento para que se comprometa a praticar o conhecimento para o qual se habilitou. A segunda ocorre no ato do contato com o paciente, momento no qual se dá o convite para a confiança e no qual se fecha o compromisso pela entrega de um saber que tem no paciente sua finalidade (PELLEGRINO, 2002).

Então, admitimos que esse saber será estruturante para a autonomia profissional e, mesmo aceitando que estamos diante de uma relação entre sujeitos autônomos, na equação médico-paciente, não podemos deixar de lado a compreensão exata das características da assimetria nessa relação.

Para tanto, quando nos apoiamos no texto de Freidson, tentamos situar e recuperar determinada tipologia que queremos localizar no período em que o referido autor apresenta como ‘Era de Ouro’ da medicina. Nessas décadas, que corresponderam à grande expansão econômica do pós-guerra, deu-se a formação ideológica do profissional que queremos postular com este trabalho.

O médico clínico formado neste período carrega como qualificação para a sua prática a estrutura epistemológica da ‘experiência pessoal’. E durante todo esse período, esse *status* de saber (BOURDIEU, 1975) foi de grande valor.

Ao longo de décadas de lida diária com casos concretos de adoecimentos individuais, o clínico – aquele que se *inclina* para o paciente, aquele que *padece* (PORTER, 1996) – construía um corpo de resultados de sua prática, que lhe dariam, no conjunto, uma noção de comportamento de coletividade. Logo, embora fortemente calcado em conhecimento teórico prévio, que seria a base do seu racionalismo, o raciocínio clínico caracteristicamente hipotético-dedutivo ganharia força e valor a partir da acumulativa experiência profissional, do empirismo. Essa associação entre o racionalismo médico, que vem da época da medicina

galênica, e o empiricismo, valorizado a partir do desenvolvimento da prática científica moderna na medicina dos séculos XVIII e XIX, vai marcar a práxis médica dos nossos tempos (PARKER, 2005).

No *Nascimento da Clínica*, Foucault delinea as reviravoltas das conformações de poder na medicina em sua relação com as várias formas de Estado que o período pós-revolucionário apresentou na França, entre os séculos XVIII e XIX, mas é no nascimento do hospital moderno, das necessidades militares à época, e à beira do leito, que vai nascer “não a medicina empírica, [...] mas o valor, na medicina, da experiência como tal” (FOUCAULT, 2004, p.54).

A experiência é o ponto diferencial da formação. Aos olhos de jovens médicos, observar os conhecidos e vividos profissionais era, além de um exemplo de destreza do tirocínio propedêutico, olhar para um verdadeiro repositório do saber acumulado. No nosso meio, nesse passado recente, à época não era incomum a citação: “O Dr. Fulano tem mais de 20 ou 30 mil fichas de pacientes em seu consultório!”, sentença que anunciava o valor da experiência ao conhecimento profissional de determinado médico.

E esse contato direto, sobre casos concretos, já chamava a atenção de Freidson, que considerava esse pressuposto como fundamental para a construção da autonomia a partir da responsabilidade pessoal do médico sobre um “trabalho único e concreto, que não pode ser avaliado por nenhuma regra estável nem por ninguém que não desfrute da mesma experiência direta” (FREIDSON, 2007, p.202).

Essa caracterização que o autor faz é fundamental para a nossa aceitação de um modelo de saber que não pode prescindir da experiência individual de cada médico. O que a história médica acumulou entre erros e acertos, até esse momento, confere valor a esse saber. Isso é o cerne da autonomia da decisão, a experiência individual.

Então, quando avança no seu texto, na análise da autonomia de decisão, Freidson vai expor o problema que teremos no capítulo a seguir:

Boa parte do conhecimento prático da profissão é fundamentada na **experiência clínica pessoal dos médicos**. De fato, grande parte do conhecimento científico da medicina provém das **descobertas individuais feitas por grandes clínicos**. [...] Ao enfatizar a **primazia de sua experiência pessoal**, o médico faz como todos os homens práticos que precisam agir. [...] as profissões de consulta em geral e a medicina em particular encorajam seus membros a compartilhar perspectivas limitadas, porque sua ideologia reforça a importância da experiência individual de primeira mão e a **liberdade individual que o profissional tem de escolher e agir com base nessa experiência**. Tal ênfase é exatamente o **contrário da ênfase da ciência** sobre o conhecimento compartilhado, coletado e testado com base em

métodos criados para superar as deficiências da experiência individual. Sua eficácia e confiabilidade são suspeitas. O conhecimento prático, de primeira mão, é frequentemente denominado sabedoria. Ele é considerado um somatório de uma vida inteira de experiências observadas. (FREIDSON 2007, p.373) **(grifo nosso)**

Quando aqui chamamos a atenção para a garantia que a autonomia dá ao poder da prática médica, não queremos de forma alguma nos comprometer a atrelar esse conceito à concepção de eficácia da medicina. Freidson é claro quando demonstra como, historicamente, se constitui essa relação de autonomia e autorregulação, postulando que “a jurisdição que a medicina estabeleceu estende-se bem além da sua capacidade demonstrável para “curar” (FREIDSON, 2007, p.229).

Nesse ponto, notamos o equívoco principal da obra de Ivan Illich – *A Expropriação da Saúde* (1975). Ao analisar o desenvolvimento da medicina científica no período pós-revolução industrial, esse autor nos apresenta uma visão peculiar da iatrogenia, notadamente a que se refere como *iatrogenia cultural*. Para este conceito, ele caracteriza toda a perda do poder sobre os saberes do corpo e da própria saúde, que a chegada da medicina no século XX, com seu selo ‘científico’ ocasionou na sociedade (ILLICH, 1975). Ou seja, a consequência iatrogênica da chegada do saber científico da medicina do século XX foi a perda sobre saber sobre o corpo e a saúde pelo corpo cultural da sociedade. Isso resultou na dependência completa ao saber médico e à medicina. Isso é fato. E é brilhante como conceito e devemos guardá-lo como complementar para o reforço do entendimento do desequilíbrio da equação de saber-sofrimento, ou médico-paciente.

Mas Illich utiliza a base de dados de uma iniciante tecnociência biomédica da década de 1960 para desqualificar a eficácia da medicina, em um longo início de seu texto. Um argumento falho, que perderia o valor menos de uma década depois, quando foi severamente criticado, seja por seu *bucolismo* anti-histórico (FOUCAULT, 2010), seja por não caracterizar adequadamente as relações econômicas desarmônicas desse processo (NAVARRO, 1975b). Anos mais tarde, ele faria uma autocrítica à sua concepção de autonomia do médico (NOGUEIRA, 2003b), com importantes considerações a que voltaremos à frente.

Retomando Freidson, Schraiber, estudiosa do trabalho médico no nosso meio, também valoriza essa leitura do sociólogo, confirmando ser esse trabalho como “um ato difícil [...] que envolve julgamentos complexos, decisões arriscadas e inexorável pragmatismo” (SCHRAIBER, 1997, p.128). Especialmente em seu texto mais completo (SCHRAIBER, 1993, p.177), essa autora compartilha a importância da “plena autonomia de

seus agentes [como] a única condição adequada de realizar-se historicamente”.

Nesse texto, através de relatos e entrevistas, a autora explana a organização da prática médica na implantação tardia da industrialização da sociedade brasileira. Nas relações de trabalho, com as características do modelo capitalista vigente no país, localiza a prática médica na concepção que Freidson nos classifica como medicina liberal, atingindo seu auge por volta da década de 1930. A partir de então, progressivamente, até meados da década de 1960, o exercício dessa prática por um “produtor privado e isolado, independente” (SCHRAIBER, 1993, p.38) vai gradativamente sendo organizado e substituído pela conformação em estruturas com especializações e relações de cooperação obrigatória – “a passagem da prática liberal para a coletivização do trabalho” (SCHRAIBER, 1993, p.41). Esse processo já havia sido documentado décadas antes, em texto a que já nos referimos e que serviu de base para a compreensão e formatação de concepção sociológica da profissão médica (DONNANGELO; PEREIRA, 1976).

Caracterizando esse primeiro momento da medicina, ela o define como uma prática “técnica moral-dependente” (SCHRAIBER, 1993). Aqui estaria o clássico encontro conceitual entre ciência e arte. Os médicos legitimamente estariam autorizados pelo conhecimento científico a dominar o saber sobre *a doença*, um saber puramente técnico. No entanto, sua sabedoria sobre *o doente*, um ente específico individual, fundamenta-se em outro substrato que qualifica a estatura do seu talento como profissional, a *experiência clínica*.

Nesse ponto, Schraiber vai além em sua formulação a partir de alguns obstáculos que caracteriza como limitantes à autonomia individual. Inicialmente contrapõe tanto a *uniformidade* quanto a *diferenciação* como fatores limitadores para o poder profissional.

No entendimento da *uniformidade* teríamos todos os fatores de ordenamento da prática clínica, desde a organização culturalmente padronizada dos consultórios até a distribuição de afazeres e responsabilidades no hospital. Espaços, horários, tempos de consultas, valores de remuneração... “é a organização social da produção de serviços médicos historicamente dada, que determina quando, onde e como se poderá efetivar o ‘poder pessoal’” (SCHRAIBER, 1993, p.166).

Já a *diferenciação* é estabelecida desde há muito tempo com o que chama de ‘geografia social’. Esta seria o espaço de ocupação do profissional dentro da distribuição de classes econômicas da sociedade; e também a sua localização em posições numa

determinada posição geográfica mais puramente material. Então, perceberíamos como limites para a atuação desse poder profissional alguns territórios distintos, como a medicina particular e a medicina dos serviços públicos, nos quais nem sempre há liberdade para a atuação e trânsito de um segmento a outro. Temos ainda vários outros segmentos de diferenciação, como os médicos dos grandes centros médicos e os médicos das pequenas clínicas da periferia; e, por fim, os médicos de áreas urbanas e os médicos de áreas rurais, ou médicos do interior.

Outro ponto da *diferenciação* que limita a autonomia tornou-se mais frequente com o avançar da especialização médica. Como resultado direto do avanço tecnológico e científico das ciências médicas³⁴, a especialização profissional limita a autonomia do médico a determinados nichos de atuação, nos quais se isolam aqueles que têm *expertise* e pouco se permite à livre atuação em todos esses segmentos de saberes.

Com toda essa estratificação técnica e social no interior do trabalho médico, a autora questiona os pressupostos de liberdade para o exercer da profissão com autonomia. Mas admite ser:

(...) esperado, e historicamente inevitável, que a partir de tamanha diversidade de situações de trabalho, ocorra uma profunda diferenciação das propostas acerca das formas de conservação do ideal comum de profissão, fazendo com que se estabeleçam, entre os médicos, correntes de pensamento com estratégias políticas diferentes e mesmo opostas entre si. (SCHRAIBER, 1993, p.154)

Ora, isso responde às perguntas que a autora se faz: “são os médicos um agrupamento homogêneo? [...] têm uma mesma autoridade na prática? [...] mesma renda e *status* social? [...] mantêm um desempenho profissional com a mesma qualidade?” (SCHRAIBER, 1993, p.158)

Mas, se pensarmos do ponto de vista que defendemos, na nossa equação médico-paciente, em que o primeiro vai atuar sobre o segundo, em uma relação de dispor de um saber para um sofrimento, não há em nenhuma dessas situações um essencial comprometimento da autonomia.

Talvez o médico não transgrida a *uniformidade*, mantendo os padrões de horários, espaços e modelos de atendimento. Até o uso obrigatório de jalecos ou gravatas poderia ser elencado como uma padronização e limitação da liberdade individual profissional. Mas entendemos que, essencialmente, isso não interfere na atuação específica que o caracteriza

³⁴ Esse é um dos pontos fulcrais da crítica dos sanitaristas à Biomedicina (CAMARGO JÚNIOR, 1992).

na equação, continuando ele a manter a liberdade na autonomia do seu saber.

Do mesmo modo que as formas de *diferenciação* na estratificação geográfica e social, e mesmo a especialização, não o impedem de ser livre para o uso de decisões no que poderia se admitir como seu segmento de saber profissional.

Resumidamente, a tese que se aventava à época desse texto é que o médico liberal havia sido substituído por outro modelo, mais necessário ao formato dos arranjos sociais da economia industrializada e à incorporação do estrondoso desenvolvimento da biotecnologia (ALMEIDA; SCHRAMM, 1999), resultando em grande limitação da sua autonomia. Mas entendemos que o impacto da mudança das formas econômicas sobre o médico ainda não será tão importante para a derrocada de sua autonomia, como na observada em período posterior, que explicitaremos nesta tese.

De todo modo, é importante anotar que Foucault já estipulava essa “normalização do médico” e sua subordinação a um poder administrativo hierarquicamente superior desde o nascimento do modelo de medicina de Estado, no século XIX. O médico já nascera na era moderna, como um administrador da saúde, mesmo em formatos distintos na França, Alemanha ou Inglaterra (FOUCAULT, 1979).

5.2 SEGUNDO MOMENTO

Nos anos 1970 a 1990 teremos o reflexo nas ciências médicas do que se costuma denominar 3ª revolução industrial, com a explosão das tecnologias de informação, com grande desenvolvimento de instrumentos no auxílio da atuação médica, tanto para o momento da propedêutica diagnóstica quanto para a realização da prática terapêutica. Com a potencialidade das novas descobertas, direcionadas mesmo aos limites do princípio e fim da vida, houve um colossal fluxo de investimento na pesquisa de diversos *devices* e, paralelamente, um fomento ao estímulo dos profissionais da área orientando as práticas para o consumo desta tecnologia.

Devemos ressaltar que justamente nesse período se inicia o florescimento da bioética e de todo o pensamento e produção acadêmica voltados aos dilemas e conflitos que as novas práticas impulsionadas pelo desenvolvimento científico trouxeram, ampliando os questionamentos dos que lidam com os limites da vida.

Foi notória a mudança do já secular conceito de morte pelas entidades médicas mundiais a partir do transplante cardíaco realizado pelo sul-africano Christiaan Barnard em 1967 (REGO; PALÁCIOS; SIQUEIRA-BAPTISTA, 2009). Notadamente, toda a postura intelectual e de atuação frente à morte e seu próprio conceito (SINGER, 1996) tornou-se mais crítica e passou a suscitar debates e frequentes adaptações e readaptações na normatização dos limites terapêuticos.

No outro extremo, após décadas de grandes descobertas na área da ciência genética, o conhecimento funcional dos mecanismos primários de formação da unidade básica dos seres vivos desembocou, nesse mesmo período, no domínio da capacidade de interferir nas bases do mecanismo que comanda essas estruturas. E um imenso horizonte de possibilidades abriu-se, com expectativas que nem sequer existiam na história humana; e as potencialidades da ciência em manipular esse conhecimento atraíram evidentes interesses mercantis, que se apossaram dessa corrida por novas descobertas de tal maneira, que o meio acadêmico se impôs normatizações restritivas à pesquisa, pelo receio de esfacelamento dos limites éticos (MUKHERJEE, 2017).

Já foi dito, em texto supracitado, deste período como de expropriação do indivíduo do seu conhecimento e poder sobre a vida e a morte, pela cientificidade e pelo processo de industrialização da medicina (ILLICH, 1975; NOGUEIRA, 2003b). E, nesse contexto, o médico seria um agente de um sistema, beneficiando-se dos insumos dessa indústria em prol de maior eficácia técnica e em maior produtividade, tornando-se, assim, o seu representante mais autorizado (CORDEIRO, 1980).

Com o avançar da tecnologia, o médico, armado apenas de seu estetoscópio, passou a ser um estereótipo obsoleto, abrindo mão gradativamente da qualidade de sua prática semiológica e apoiando-se cada vez mais rotineiramente no uso de métodos tecnológicos, que antes se diziam complementares, para o esclarecimento diagnóstico dos males de seus pacientes. Estes, paulatinamente, foram absorvendo essa prática e mesmo aceitando como necessária a confirmação diagnóstica em alguns desses métodos, marcadamente os exames de imagem. Não é incomum atualmente o paciente já se sentar frente ao médico e, no lugar de iniciar seu atendimento explanando sua ‘queixa sintomática principal’, solicitar: “Doutor, eu vim aqui porque quero fazer uma ressonância da coluna”. Um comportamento que se tornou, no anedotário médico, um estereótipo do *cliente consumidor*.

Nesse contexto, o avanço da medicina dentro do ambiente hospitalar impôs-se como necessário, para o emprego desse arsenal tecnológico, justamente nessas últimas duas

décadas do século XX. Com a importância que a saúde passou a ocupar no cenário da economia mundial, a indústria de insumos de diagnose e terapêutica médica passou a investir fortemente nos hospitais como o vertedouro final de consumo e utilização dessas novas tecnologias (RASSLAN, 2011). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os avanços terapêuticos mais do que dobraram nesse período (MCKEE; HEALY 2000).

Destaca-se, então, na literatura crítica acadêmica, uma avaliação dessa evolução da prática profissional já na década de 1990, quando se começa a distinguir e se intitular uma mudança paradigmática (LUZ, 2005). Estamos novamente buscando uma interpretação do movimento social a partir da abordagem *kuhniana* (KUHN, 2010) nessa crítica ao modelo *biomédico* predominante, que estaria sendo substituído por outro, fortemente apoiado na utilização da tecnociência (ALMEIDA; SCHRAMM 1999). E, assim, proliferam os escritos acadêmicos do princípio do século XXI. Uma crítica ao cientificismo em geral passa a ser uma postura quase obrigatória do olhar acadêmico (GUSMÃO, 2012).

Concomitantemente, a maior variedade de subáreas e campos técnicos na medicina, com especificidades peculiares e altamente especializadas, já dá início a uma subdivisão de saberes que não tem mais retorno. E as consequências são político-econômicas, mais do que epistêmicas. “O fenômeno da especialização e da profissionalização (surgimento de novas profissões) reflete esse cenário de disputa de mercado, ou seja, especializa-se, profissionaliza-se para manter a autonomia técnica e, conseqüentemente, a econômica” (SCHRAIBER; MACHADO, 1997, p.295).

Estamos no auge do processo de industrialização da medicina. E devemos discutir se há nesse ponto um outro paradigma.

Do ponto de vista da bioética, Almeida e Schramm (1999) reconhecem e enumeram as transformações sociais das últimas décadas em contextualização com as transformações trazidas pelas descobertas da biotecnologia. Tais autores perguntam-se sobre as relações entre a pílula anticoncepcional, o computador pessoal, a pesquisa genética, o avanço dos direitos civis, o aumento da escolaridade e o direito ao aborto. Para eles, “todos esses fenômenos têm sido observados com maior frequência nas últimas três décadas [...] e tiveram influência direta ou indireta nos cuidados de saúde em geral e na prática médica em particular” (ALMEIDA; SCHRAMM, 1999, p.16).

De princípio, já assumem a ideia de que estamos em um momento de mudança de paradigma, “transição de um modelo tradicional de assistência médica para um novo

modelo” (ALMEIDA; SCHRAMM, 1999, p.17). O ponto crítico dessa mudança foi a transformação da ética hipocrática a partir das novas propostas do *principialismo* (BEAUCHAMP; CHILDRESS 2002) que conduziram a uma ‘metamorfose da ética médica’ (PELLEGRINO apud ALMEIDA; SCHRAMM, 1999).

Esse texto nos foi exemplar, desde a sua primeira leitura à época, justamente por levantar a mesma pergunta, no mesmo formato que nos fazemos aqui. Entretanto, aqui demonstraremos por que defendemos conclusões opostas.

Partindo, assumidamente, da utilização da interpretação de revolução científica *kuhniana*, os autores questionam se as mudanças na prática médica advindas da grande incorporação de novas tecnologias e das novas demandas sociais³⁵ estariam conduzindo a uma crise no modelo biomédico vigente com o surgimento de um novo paradigma. E respondem afirmativamente a essa questão.

Retornando na história da medicina, citam, a partir da obra de Foucault (FOUCAULT, 2004), o exemplo clássico de mudança de paradigma nos séculos precedentes e que marcou o início do modelo vigente no século XX: a substituição da medicina classificatória pela medicina anatomopatológica.

A partir de então, Almeida e Schramm (1999) demonstram como o desenvolvimento rapidamente progressivo de novas tecnologias expôs a fragilidade da estrutura da ética milenar, classicamente baseada na ética hipocrática, da beneficência e não maleficência. As demandas levantadas pelas descobertas revolucionárias da tecnociência ampliaram as possibilidades e poder das ciências médicas. No contexto social de ampliação dos direitos, há uma correlata ampliação do horizonte axiológico. Nessa mudança de valores, o trato com a vida vai envolver de uma forma definitiva o paciente com histórica e definitiva inclusão da sua autonomia no contexto das decisões.

A mudança de paradigma, então, é apresentada pela transformação da relação médico-paciente; uma consequência na medicina do que no universo maior do pensamento descritivo ou prescritivo do lidar com a vida culminou com o próprio surgimento da bioética.

Como bem disse Stephen Toulmin dessa *ethicalturn*, “a medicina salvou a ética!” (REGO; PALÁCIOS; SIQUEIRA-BAPTISTA, 2009). Ou seja, saindo da discussão

³⁵ Nesse momento, é importante frisar o impacto do nascente princípio bioético de autonomia do paciente, que suscitou, junto a outros avanços na conquista de direitos e liberdades civis, uma difícil demarcação de limites. Afinal, o sujeito de direitos é também um sujeito de desejos, e a “era dos direitos” a que se refere Norberto Bobbio amplia e torna mais complexa essa linha de fronteira da autonomia (SCHRAMM, 1998).

conservadora e estéril da meta-ética, restrita aos meandros acadêmicos da filosofia da linguagem e do neopositivismo, com os avanços da tecnologia nas ciências médicas e os conflitos resultantes na vida social, a bioética surge e se assume como uma *ética prática* (SCHRAMM, 2002). Desta forma, os autores discorrem sobre a evolução das concepções e correntes da bioética, defendendo o *principialismo* como a melhor escolha para lidar com os dilemas da prática clínica nesse momento de crise de consenso em sociedades plurais (ALMEIDA; SCHRAMM, 1999). Utilizar os quatro princípios *prima facie* da autonomia, justiça, beneficência e não maleficência seria a única forma de fundamentação – mesmo “débil e enfraquecida” – no contexto relativista ou plural em que nos encontramos.

Em nenhum momento, no entanto, encontramos um forte indício para justificar aquilo que se propuseram demonstrar no texto: que houve uma mudança de paradigma do modelo biomédico devido à chegada de novas tecnologias. Pois parece-nos claro que, no modelo biomédico, permanecemos ainda no paradigma da anatomia-patológica. A chegada de nova instrumentação, de aparato tecnológico que prolongou as possibilidades da vida, as novas habilidades biotecnológicas de manipulação das matrizes iniciais da vida. Ainda estamos no paradigma do espaço e forma da biologia; ainda falamos de anatomia e patologia. Senão, que outro substrato da saúde e da doença será o foco do embate entre a autonomia do médico e a autonomia do paciente? Os valores suscitados pelo corolário de direitos do sujeito autônomo que impõe esses direitos, e/ou desejos, sobre a medicina não estão todos ligados à manipulação dessa prática científica sobre os seus corpos?

Embora seja realmente um fato novo para a relação médico-paciente a recente valorização do *outro* sujeito dessa relação, com a *des*-objetificação do paciente, em que passamos a contar como parte das necessidades médicas as necessidades subjetivas, defendemos que essa relação não perdeu as características da equação médico-paciente a que já nos referimos. Uma relação de total assimetria entre saber e sofrimento. Dar autonomia àquele que sofre para tomar decisões não o capacita com o saber fazer. Assim, também permanece válida a postura do *profissional* da concepção de Pellegrino, a qual já nos referimos, e que foi bem discutida pelos autores, que a enaltecem na corrente bioética das virtudes. Mais fiel é o título do artigo, que tenta propor apenas que a mudança de paradigmas está se dando na concepção de ética médica. E parece ser disso que se trata.

Em texto anterior a este, inclusive, Schramm (1996) já havia proposto uma substituição do ‘paradigma biotecnocientífico’ pelo ‘paradigma bioético’. No entanto, ao analisar o seu argumento, percebemos que não podemos conceber a sua proposta nem mesmo

dentro de uma concepção *kuhniiana*, já que o referido autor aceita a inexorabilidade do primeiro paradigma e quase uma necessidade de militância pelo segundo como um dever para com o modelo anterior. A missão que a bioética nos abre é para uma atitude crítica e prudencial, no contexto do conflito entre autonomias e “estranhos morais” (ENGELHARDT JÚNIOR, 1998). Mas não há uma explanação de que houve uma derrocada do modelo anterior. Ao contrário, a pujança do modelo alicerçado no poder muito valorado da ciência exige da construção do argumento bioético uma constante renovação e criatividade, para responder criticamente e propor os limites para o avanço das biotecnologias sobre a vida e seus postulados.

O que este autor nos chama a atenção é que o lidar com as ciências da vida envolve uma conjugação do saber *fazer* com o saber *agir*. Entendendo-se que no sentido que nos dava a filosofia aristotélica, tradicionalmente, separava-se o saber-fazer da *poiesis* (na qual se insere a técnica, ou *techné*) do saber-agir da *práxis*, de acordo com a finalidade diferente de dois tipos de ação: ou bem tínhamos um artefato, ou serviço, externo ao agente do *ato poiético*; ou estávamos tratando desse bem-agir, interno a esse agente de um *ato prático*. Mas hoje, com “a vigência da biotecnociência e os dispositivos de ciência e tecnologia, e a biopolítica e o biopoder, a distinção não é mais tão clara: práxis e poiesis se interpenetram e são entrelaçadas, indistinguíveis” (SCHRAMM, 1996, p.7). O que nos apresenta, então, é a complexidade de qualquer agir sobre a vida com o desenvolvimento acelerado da tecnociência no século XX.

Já não é mais possível um agir apenas restrito a uma técnica. O envolvimento de questões éticas mais cruciais nas possibilidades recém-exploradas pela revolução tecnológica inevitavelmente exige do agente um compromisso da razão que encarne os antigos valores da prudência, da temperança, do bem julgar, da sabedoria – a *phronesis* (SCHRAMM, 1996, p.7).

A questão do uso do instrumento e da técnica é uma característica da própria ciência moderna e nos chega hoje como se atingisse o seu clímax na história. Foi marcante a mudança de Galileu, frente ao modelo aristotélico de ciência, com a utilização do telescópio justamente para ampliar aquilo que não estaria ao alcance dos nossos sentidos. Ali era estabelecida a necessidade de um instrumento, por exigência teórica, para intervir no mundo da natureza, de onde o homem vai extrair o conhecimento. Buscar e provocar o natural através da teoria e da matemática, com os instrumentos pensados pela razão, pois “é através do instrumento que a precisão se encarna no mundo do mais-ou-menos, é na construção dos

instrumentos que se afirma o pensamento tecnológico” (KOYRÉ, 1982). Essa é uma das faces da ciência moderna.

Dentro dessa concepção, percebemos que não há ciência no sentido moderno sem a instrumentalização da experiência. O que diferencia a experiência do senso-comum da observação científica será justamente o instrumento. Justamente para a explanação da teoria e o exercício da matemática, que pesa, que mede, que traz precisão. Por isso, a técnica científica moderna é uma *tecno-logia*. Uma realização efetiva da racionalidade científica que absorve e transmuta os instrumentos e os aparatos em aparelhos de precisão. Assim, como já se disse ser o relógio-de-sol um aparato técnico e o cronômetro um aparato tecnológico, na medicina também poderíamos comparar a faca e o torniquete ao primeiro caso e um bisturi elétrico ao segundo. Instrumentos comuns e instrumentos tecnológicos.

E não diferentemente, vamos chegar nessa relação à ciência contemporânea, designada com o termo de ‘tecnociência’ em meados dos anos 1970, claramente para deixá-la em oposição “ao projeto logo-teórico da ciência antiga, bem como a representação ainda dominante da ciência moderna, que continua a assimilar esta a um empreendimento fundamentalmente teórico independente da produção e da ação” (HOTTOIS, 1991).

Ampliando a discussão filosófica atual sobre a técnica e a tecnologia, duas grandes vertentes distinguem-se.

Um caminho mais atrelado ao dogmatismo religioso ou, ainda, à busca da essência humana, no tratamento de Heidegger – e posteriormente Hans Jonas – ao ‘desvelamento’ da verdade. Nesse contexto, a racionalização da técnica, objetificadora e preocupada apenas com resultados, seria desenvolvida de modo amoral, apesar destes ainda lhe disporem uma promessa libertadora (SARTORI, 2012), mas com uma visão pessimista, na qual o ente descoberto pela técnica e a primazia da tecnologia/tecnociência nos afastam da essência humana, do ser. Essa concepção fundamenta as linhas de pensamento da bioética, justamente por notificar que há uma transposição, ou redução, do que seria *ontológico* no *epistemológico*. Com o avançar desta tecnociência, a base para um alicerçamento ético se perdeu, pois se perdeu mesmo a essência do que é o *humano*, o natural, sem uma profunda reflexão sobre o ser. Essa exclusão da *natureza* da percepção do *ser* leva a técnica a se comportar de uma forma utilitarista e pragmática (VIANA, 2010). O *ente* é do domínio da técnica e, assim, reelaborado pela tecnologia, podemos redefinir elementos básicos da sua estrutura, que o distinguiam como ser humano – como os aspectos da mortalidade, do envelhecimento, da reprodução e concepção natural – e mudarmos a própria condição da

nossa humanidade. Aqui está o embate da bioética (HOTTOIS, 1991).

Para uma outra vertente, a grande evolução da tecnociência contemporânea está já no cerne da relação entre o humano, a técnica e o instrumento, que é antiga e constitutiva da própria *humanidade*. Essa corrente vem da linha de pensamento de filósofos como Gilles Deleuze e Jacques Derrida e vai desembocar nas análises da maquinação do mundo de Gilbert Simondon e, atualmente, Bernard Stiegler. Para estes, a relação entre a técnica e o humano deve ser revista a partir da perspectiva da *composição* e não de *oposição*, numa nova abordagem de toda a concepção antropológica dessa relação que predomina na filosofia, desde a separação na Grécia clássica da disputa entre filósofos – donos da *episteme* – e sofistas – donos da *techné* (PINTO NETO, 2015). Saindo da visão essencialista, esses autores se contrapõem ao modelo *rousseauiano* de natureza humana, para buscar, na pré-história, na arqueologia e na paleontologia a construção do humano justamente a partir do aparecimento da técnica, no rudimentar *Neanderthal*. O aparecimento do humano estaria, de fato, fundamentalmente ligado ao aparecimento do manejo de um instrumento. Assim, “a ferramenta inventou o homem, e não o inverso”; uma construção heurística que esse autor denomina “maiêutica tecnológica chamada humanidade” (STIEGLER apud PINTO NETO, 2015, p.113). Claramente identifica-se uma visão materialista nessa concepção, cujas relações de trabalho é que vão determinar as conformações e processos na relação entre o homem e a técnica. Assim, o que condicionaria a questão dos avanços da tecnociência e do homem contemporâneo seria a própria velocidade do modo de produção atual e sua relação do capital frente ao trabalho (GARCIA SANTOS, 2011). Numa previsão não menos pessimista também dessa vertente, poderíamos nos aproximar de um derradeiro descolamento da tecnociência do humano, dispensando a necessidade deste último (GARCIA SANTOS 2005).

Essa concepção pode ser utilizada como uma das chaves para a leitura da discussão que se fez da transformação da medicina liberal em textos que apontam tanto os processos de industrialização e uso de tecnologia, quanto as mudanças na relação do trabalho.

Essa é uma das críticas que Illich recebe à sua visão de industrialização da medicina. Embora seu texto acenda a luz, de forma brilhante, para as transformações socioculturais que ocorreram com o desenvolvimento das ciências biomédicas, notadamente o conceito de *iatrogenia cultural* – em que compreendemos a perda do saber genérico, histórico e cultural dos indivíduos sobre a sua saúde –, seus processos de adoecimento, enfim, sobre o seu próprio corpo, com a chegada do preponderante e empoderado saber científico na medicina

contemporânea (ILLICH, 1975).

Mas esse fenômeno ocorreu não somente em atividades profissionais como a medicina, o direito e outras mais propriamente técnicas, como também passou a ser qualificador de valor para as atividades semiprofissionais, ou apenas ocupações. O amparo da ciência, ou do valor *científico*, a qualquer saber ou prática tornou-se uma característica do período final do século XX e já foi amplamente comentado e se tornou também quase um senso-comum³⁶.

Como já citamos, no primeiro capítulo, uma primeira grande crítica à postura anticientífica de Illich ressaltaria o seu propósito como um bucolismo (FOUCAULT, 2010), ou algo, se podemos dizer, *a-histórico* (MARTINS, 1999). Sua crítica ensejava uma queixa, que embora fosse, no fundo, libertária, embalada no contexto ideológico das lutas da década de 1960, se voltava contra o desenvolvimento de dois séculos das forças de produção – propriamente as consequências da revolução industrial, com todos os seus reflexos culturais e sociais. Fato que ele propriamente reconheceu em suas últimas declarações (NOGUEIRA, 2003b), embora permaneça sua notória percepção da transformação da medicina como profissão liberal para uma medicina como profissão dominante, de um sistema organizado para o controle social, no qual o médico estaria se unindo ao juiz, ao júri e ao carrasco, ou ao teólogo, ao sacerdote e ao inquisidor (ILLICH, 1975).

O mais importante, no entanto, é a revisão que o sanitarista catalão Vicenç Navarro faz deste seu texto (NAVARRO, 1975a), ressaltando um viés o qual também não está em grande parte da nossa produção acadêmica que se seguiu sob esta influência.

Em um primeiro ponto, Navarro aborda a questão da tecnologia e do modelo de industrialização da medicina, que, para Illich e outros autores, estaria ligada ao fomento do consumo. Demonstra que esses autores, assim, estariam tomando “as consequências pelas causas” (NAVARRO, 1975a); pois, na verdade, é a força da produção que determina o consumo, e não o contrário. Como faltou uma percepção adequada do mecanismo histórico de origem do problema, a relação entre o trabalho, o capital e o uso da tecnologia foi mal

³⁶Friedson nos faz um alerta pungente nesse tema: “Parece-me claro que, se passarmos a exigir que *experts* tomem decisões em áreas que anteriormente eram gerenciadas por meio do debate livre e da troca de opiniões característicos de uma sociedade democrática, e se essas áreas estiverem aumentando em número e extensão devido à complexidade crescente da base tecnológica, econômica e social de nossa sociedade, nós estamos na iminência de mudanças na estrutura de nossa sociedade que terão um enorme efeito na qualidade de vida dos indivíduos que a compõem. A relação do *expert* com a sociedade moderna parece, de fato, ser um dos problemas centrais da nossa época, pois no âmago residem as questões da democracia, da liberdade e do nível em que os homens comuns podem moldar o caráter de suas próprias vidas. Quanto mais decisões os *experts* tomam menos decisões os leigos tomam” (FREIDSON 2007, p.362). Grifos do autor.

compreendida. Nas palavras de Navarro (1975a, p.199):

Outra consequência de se concentrar no mundo do consumo e não na área da produção e suas relações de classe é que leva Illich a entender mal a natureza da burocracia e da burocratização do trabalho em nossas sociedades. Ele apenas supõe que o conhecimento tecnológico e a industrialização onipresente determinam uma divisão do trabalho que explica a aparência das burocracias de produção, comércio e serviços. Mas essa explicação levanta as questões de (1) por que o conhecimento tecnológico é distribuído da maneira que é, e (2) por que essa tecnologia é frequentemente um veículo de opressão humana e não de libertação. De fato, eu postularia que a tecnologia não é uma força independente que fatalisticamente determina todas as relações, incluindo as sociais; mas o contrário é verdadeiro, ou seja, as relações sociais (quem controla o quê e como esse controle ocorre) determinam o tipo de organização a ser escolhida e o tipo de tecnologia a ser usada (tradução livre).

Assim, podemos também aqui ressaltar a grande revisão que, no nosso meio acadêmico, faz Schraiber (1993) desse momento de industrialização da medicina, da revolução tecnológica e da transformação da prática liberal.

Seu texto vai chegar à conclusão de que essa transformação, que o modelo anterior, a que já nos referimos, fundamentava a prática médica em uma ética que ela intitula como ‘técnica moral-dependente’, a partir de agora passaria a contar com o inverso, ou seja, uma ‘moral técnica-dependente’ (SCHRAIBER; MACHADO, 1997).

Deste modo, saímos do antigo arcabouço de sustentação epistêmico para o médico liberal, que situa no seu saber a qualificação da sua práxis, para valorar uma nova estrutura, agora amplamente dependente do domínio de uma técnica e do instrumento. Podemos perceber que, nessa sua concepção, voltamos mais uma vez ao mesmo debate sobre *episteme* e *techné*.

Mas o pensamento de Schraiber vai além daqueles que aludem apenas às transformações que a técnica e a tecnologia trouxeram à prática médica. Ela mesma comenta, embora discordando, que algumas escolas conseguem redigir a história da medicina apenas pela descrição cronológica das descobertas de equipamentos, materiais e técnicas de manejo correspondentes. Assim, a medicina sempre esteve em mudança rápida nos últimos séculos, e os médicos sempre tiveram de se readaptar às descobertas da ciência.

Há, no corolário de entrevistas que a autora nos apresenta, uma constante referência a essas mudanças da prática, que ela subintitula *Sinal dos tempos*, no qual podemos ler trechos de relatos com o mesmo sentido: “no meu tempo”, “na minha época”... Percebemos, por esses relatos, que houve um grande e contínuo ajuste da ordem pessoal do profissional em todas as fases; para a maior utilização de recursos diagnósticos; para se adaptar à maior

afluência de medicamentos industrializados; a um maior direcionamento para o modelo de medicina hospitalar; e, ainda, com uma maior especialização interna da profissão.

Essa constante mudança, no entanto, foi caracteristicamente aceita e absorvida como um sinal de qualificação. A inovação penetrou no ideário profissional como um selo de garantia para aqueles que se dedicavam a uma boa prática. Passou-se a admitir e perseguir que é preciso sempre estar *atualizado*.

Isso trouxe a impressão de que a chegada da ciência e do método apenas demarcaram um período que foi assumido como o da medicina moderna – com “sua inserção na racionalidade da ciência e da técnica cientificamente fundada” (SCHRAIBER, 1993, p.47). Os médicos, então, supõem uma continuidade histórica necessária, tal que haverá sempre alguma resistência ingênua ao modelo, tentando buscar um retorno ao passado, ou uma adequação com cautela à modernização. Schraiber (1993) percebe que esse não é o ponto e sim a mudança do modo de produção do trabalho. Como diz, citando Donnangelo, “a prática médica e seus agentes não foram instituídos no interior do modo de produção capitalista” (DONNANGELO; PEREIRA, 1976, p.51)³⁷, mas foram atingidos pela mudança nas relações, consequentes a chegada deste modo de produção de trabalho.

Demarcando esse “deslocamento definitivo do modelo liberal de medicina”, vai nomear o novo modelo como “medicina tecnológica e empresarial” (SCHRAIBER, 1993). Com isso, já teremos como problematizar as divisões que ocorreram na autonomia profissional em categorias distintas de diferenciação nas modalidades de exercer a profissão. Cisões que se darão entre a técnica pura e o atendimento como serviço, como no caso das especializações em métodos diagnósticos. E novas cisões que também virão a conflitar autonomias, como as especializações para a área político-administrativa da produção do trabalho-médico em escala social³⁸.

Como a autora ressalta, para muitos, a medicina tanto se desenvolveu, diversificou e transformou que se perdeu nessa complexidade. E, no entanto, foi justamente a autonomia o elemento que mais ofereceu suporte ao médico para resistir à fragmentação desse período, tanto com relação ao impacto do *boom* tecnológico quanto às tensões da nova dinâmica de ajustes nos processos de trabalho do capitalismo industrializado.

³⁷ Esta citação foi lida tanto em Schraiber (1993) quanto na obra original, de Donnangelo e Pereira (1976).

³⁸ Embora concordemos com outro recorte como objeto de análise, como o utilizado por Freidson (2007), que exclui esses profissionais e se detém sobre aqueles que estão diretamente ligados ao *fazer da medicina*.

É importante frisar que a autora percebe que essa autonomia está manifesta na prática individual de cada profissional, na qual justamente o componente subjetivo do médico, francamente alicerçado na sua experiência, na sua vivência empírica, ainda terá um traço marcante e altamente valorado, mesmo com toda a força que passa a impor a racionalidade científica. Esse é um ponto de grande importância. Toda a atenção da crítica acadêmica está voltada para a forma como um forte cientificismo foi estabelecido como normativo para as fronteiras formais da medicina. E é justamente no comportamento da prática individualizante de cada caso, na atenção singular a cada paciente que se descola do geral, nas liberdades que a autonomia médica ainda carrega nesse período, que se pode conceber a permanência de conceitos como qualidade, experiência e competência profissional. Então, devemos assumir que, apesar de todo o peso da ciência e dos avanços tecnológicos, nos quais a medicina parece estar se tornando objetiva e positivista, resiste nesse período – e tentaremos demonstrar que não por muito tempo –, na práxis médica, algo que é subjetivo e variável, que não está ainda sob o jugo da ciência. Resiste ainda a *arte* médica, como o componente necessário à legitimação da aplicação científica na particularidade dos casos concretos – uma “arte científica” (SCHRAIBER, 1993).

Percebemos, no entanto, que vivendo justamente no momento histórico das mudanças que analisa, permanece o peso da tecnociência como fundamental para a sua compreensão do processo de transformação social. Assim, enumera,

em primeiro lugar, os efeitos sobre as relações de trabalho [...]; em segundo lugar, [...] estende e leva às últimas consequências [...] a racionalidade clínica [...] como trabalho ultratécnico e tendencialmente impessoal; em terceiro lugar, [...] reproduz as ideologias que aprendem e explicam a saúde e doença como [...] questão essencialmente de consumo, de bens e de serviço (SCHRAIBER, 1993, p. 68).

Para a autora, a tecnologia produziu, a partir dessas três direções que se complementam, uma “transformação radical no processo de trabalho” (SCHRAIBER, 1993, p.68).

Mas, como já chamamos a atenção sobre esse ponto, Navarro já nos demonstrara que

não são a tecnologia e suas exigências [que] determinam a hierárquica divisão de trabalho, mas a divisão hierárquica do trabalho [que] determinam o tipo de tecnologia utilizada no processo. A tecnologia, então, reforça a já existente divisão hierárquica e fragmentada do trabalho” (NAVARRO 1975a, p.200)

Aprendemos, então, a partir de uma síntese dessas análises, que passamos por uma etapa histórica de transformação da prática médica. Concomitantemente, uma mudança nas relações de trabalho em geral, pela evolução das forças de produção da economia para um outro patamar, e uma mudança nas relações específicas do trabalho médico, pela

reestruturação da relação instrumental com o avanço tecnológico. Do ponto da relação com o paciente, também se impôs uma nova reformulação ética, para dar conta dos conflitos cujas forças econômicas naturalizaram a categoria do consumo e a tecnociência ampliou ao infinito as possibilidades para os desejos.

Embora com características evolutivamente distintas, a autonomia profissional resistiu, no entanto, ao período da chegada da tecnociência. E ainda podemos dizer, com a concordância de todos esses autores, que aquilo que o médico pensa e decide, e faz e executa, esteja ele pouco ou muito instrumentalizado, utilizando de mais ou menos tecnologia, ainda é dependente da sua subjetividade e qualificação técnica. Neste ‘Segundo Momento’, ainda não ultrapassamos o modelo que nos dá Canguilhem, quando diz que “é a própria vida, [...] que introduz na consciência humana as categorias de saúde e doença. Essas categorias são biologicamente técnicas e subjetivas e não biologicamente científicas e objetivas” (CANGUILHEM, 2002, p.88). Ou seja, ainda é um saber técnico-profissional, estruturado a partir do aprendizado teórico e da experiência empírica, que vai deixar ao médico, como sujeito da relação ou equação médico-paciente, o poder de decidir a condução do seu agir. Mesmo que, no avançar das acomodações da relação trabalho-capital do final do século XX, a transformação da medicina liberal em medicina socializada (DONNANGELO; PEREIRA, 1976; SCHRAIBER, 1993) traga novos mecanismos de controle e coerção sobre a autonomia tanto do profissional quanto do paciente. Ainda assim estamos falando de uma *techné* a partir de um pensar arrazoado, ou da *phronesis*.

O que desejamos demonstrar é que, ainda permanecendo o substrato anatomopatológico como núcleo epistemológico do modelo, a grande transformação se dará com a contraposição total ao dito de Canguilhem. O novo modelo, que extinguirá de vez o aspecto subjetivo da medicina, transformará em parâmetros totalmente objetivos todo o substrato para a decisão e domínio da saúde e da doença pelos limites estritos da ciência biológica. No fim extremo deste processo de mudança, o que reunirá e dará unidade entre mundo e modelo será a substituição do núcleo duro da anatomia patológica pelo *dado científico*. Enfim, chegaremos ao ponto em que pensar em medicina será pensar em dados científicos. Logo, com dados, todos podem pensar e lidar. Mentos, grupos, processos de trabalhos, gestores e programas automatizados. Nesse ponto, poderemos dizer que a medicina conta com um novo *programa de pesquisa* (LAKATOS, 1999); agora sim, um novo *paradigma* (KUHN, 2010).

Mas, como se deu essa transformação? Por quais caminhos pensamos que realmente

a perda efetiva da autonomia definiu o fim de um modelo?

5.3 TERCEIRO MOMENTO

Por fim, nos propusemos a descrever um novo momento, de derradeiras transformações nos arranjos socioeconômicos da prática médica, que vão nos levar a reais mudanças na estrutura epistemológica e no próprio *ethos* da profissão. Agora teremos, enfim, uma real mudança no poder decisório ou do saber, independentemente de qualquer tecnologia envolvida e a incorporação *cientificamente sustentada* do valor superior das evidências que não mais dependem da experiência empírica individual. Somente a partir desse terceiro modelo poderemos entender as disrupções³⁹ que estão atingindo a prática médica e a medicina de hoje.

O texto original de Eliot Freidson, que vem nos servindo até aqui, cobre todo o período histórico de formação do modelo de médico liberal da primeira metade do século XX nos EUA (FREIDSON, 2007), que é o mesmo que servirá à grande parte da crítica acadêmica (FOUCAULT, 2010; ILLICH, 1975; CLAVREULL, 1983), inclusive no nosso meio, que o admite como um modelo ocidental que aqui predominou (DONNANGELO; PEREIRA, 1976; CORDEIRO, 1980; SCHRAIBER, 1993). Deste ponto, estende-se até o período imediato do pós-guerra, ou como denomina, “a Era de Ouro da medicina norte-americana”. Sua publicação se deu na década de 1970, justamente quando localizamos as primeiras consequências das transformações advindas do *boom* tecnológico nas ciências médicas.

No entanto, sua obra foi publicada traduzida no Brasil apenas em 2007, na qual felizmente já consta um posfácio, datado de 1988; logo, escrito quinze anos após a publicação do original. E é nesse trecho que notamos já a valiosa percepção do autor acerca das transformações a que nos referimos. Na sua análise,

a Era de Ouro da medicina foi de irresponsabilidade profissional, na qual as entidades médicas fizeram pouco para revelar e corrigir o comportamento incompetente, irresponsável e antiético por parte de seus membros. Nesse período, as entidades médicas tentaram impedir que seus membros participassem de formas organizadas de exercício da profissão e de métodos de pagamentos que pudessem reduzir os custos de seus consumidores. [...] a concentração de poder econômico e administrativo nas mãos daqueles que pagam as contas dos pacientes direcionou-se para reduzir a liberdade clínica dos médicos assim como a liberdade de escolha

³⁹ Um termo do *zeitgeist* atual.

dos pacientes. (FREIDSON, 2007, p.417)

Freidson (2007) percebe a atuação de médicos sobre o trabalho de outros médicos, ditando normas para diagnóstico e terapêutica, como o princípio do fim da “liberdade clínica”. Embora numa linha de pensamento liberal da sociologia norte-americana⁴⁰, aproxima-se da constatação de Vicenç Navarro⁴¹, que trabalha numa linha ideologicamente oposta, admitindo que a profissão médica norte-americana perdeu parte de sua influência política e muito de sua capacidade de resistir às pressões econômicas do sistema em que se insere. Uma década antes, o sanitarista catalão já delineava o controle do capital sobre o trabalho médico a partir de uma burocracia gerencialista, conduzindo às metas daqueles que detêm o poder sobre a produção. Diz Navarro que

[...] uma das funções das **burocracias de serviços** - incluindo a **burocracia médica** - é legitimar e proteger o sistema e suas relações de poder. Um aspecto dessa proteção é o controle social, que Illich introduz como iatrogênese estrutural. Mas, acreditar que o controle social é devido à cultura da medicina e a difusão da industrialização é ignorar a questão básica de quem controla e mais se beneficia com esse controle. Uma análise de nossas sociedades mostra que as burocracias dos serviços, incluindo as médicas, embora cúmplices dispostos nesse controle, não são os principais beneficiários. O beneficiário final de qualquer intervenção de controle social em qualquer sistema é a classe dominante nesse sistema (NAVARRO, 1975a, p.204).

No período da organização e reestruturação do mercado privado de saúde no país, a partir da década de 1990 (MENICUCCI, 2007), assistimos à chegada da Medicina Baseada em Evidência (MBE) paralelamente à importação de mecanismos regulatórios de custo – o *managedcare* – das corporações que passaram a dominar o segmento denominado doravante de *saúde suplementar*. Agora, é a ideologia do capital financeiro que se estrutura definitivamente na economia da saúde, ampliando o conceito de *Complexo Médico-Industrial* para *Complexo Médico-Financeiro* (VIANNA, 2002; SESTELO, 2018a).

Com forte apoio governamental, através de subsídio do seguro social, o segmento de saúde suplementar cresceu vertiginosamente e atingiu um quarto da população do país, abarcando quase a totalidade da faixa economicamente ativa (OCKÉ-REIS 2012; FAGNANI, 2013). A estrutura burocrática de gestão dos grandes seguros coletivos passa a adotar o referencial teórico da MBE como suporte de legitimação de mecanismos regulatórios de custos com interferência direta na decisão do caso médico (MALTA et al.,

⁴⁰ Eliot Freidson partiu da escola de Chicago, herdeiro de Talcott Parsons e outros *funcionalistas*, mas distanciou-se destes destacando a relação distinta do profissionalismo em acomodação às diferentes classes sociais. Uma revisão crítica às posturas do pensamento liberal na sociologia no meio universitário norte-americano pode ser vista em texto clássico de Pierre Bourdieu (BOURDIEU, 1975).

⁴¹ O catalão Vicenç Navarro, de formação marxista, sociólogo, é professor de Ciência Política e Saúde Pública da Johns Hopkins University/USA.

2005).

O modelo de fundamentação epidemiológica da MBE utiliza estudos randomizados multicêntricos, metanálises em variados e grandes grupos populacionais, revisões sistemáticas da literatura, enfim, métodos científicos da estatística para auxiliar na decisão clínica (CENTRO COCHRANE, 1996). Dentro do contexto da fundamentação científica para uma prática, compreende-se que está havendo um aperfeiçoamento, ou maior aproximação da certeza, enfim, da evidência que se procura. No bojo de sua atuação está a consequente orientação de tornar a opinião isolada de um médico especialista uma forma menos válida de evidência. Enfim, os mesmos médicos, outrora *experts*, devem, sempre que possível, procurar basear seus pronunciamentos em referências da literatura relevante. De certa forma, a MBE contrapõe-se a uma antiga *medicina baseada na autoridade*.

Ora, um estatuto estabelecido de fora para dentro no saber técnico, que preserve pouco de sua autonomia no observar, pode estar sujeito a diversas outras formas de cooptação no que se poderia chamar de condução heteronômica da razão. Deve-se refletir como sentem os médicos à ‘pressão’ exercida pelos financiadores / pagadores da medicina privada sobre as decisões gerenciadas com a chancela da MBE.

Levantamos a hipótese de que esse terceiro momento da medicina contemporânea enseja verdadeiramente uma mudança paradigmática do ponto de vista epistemológico, pois interfere diretamente na autoridade e autonomia daquele que detém o que possa se entender por conhecimento médico. Diferentemente da crítica que se fazia à grande instrumentação tecnológica que se acrescia ao saber profissional, agora, o que se impõe é o deslocamento do poder decisório e do centro mesmo do saber, para um *não sei onde*, abstrato, situado nas fontes estatísticas dos grandes estudos epidemiológicos.

Tendo como propósito justificar essa hipótese, devemos descrever melhor como as transformações na prática da medicina, a partir da naturalização da MBE, serviram de esteio para a verdadeira e definitiva implantação da cultura gestonária⁴² através do recente advento da *Medicina Baseada em Valor* (MBV). Do mesmo modo, deve-se observar como essa cultura, partindo do modelo econômico de livre-mercado nos Estados Unidos, vem sendo implantada com grande poderio em todo o mundo e, notadamente no nosso país.

Conforme viemos descrevendo, a medicina e as práticas sanitárias nas últimas

⁴² Cultura gestonária, aos moldes do que nos adverte Gaulejac (GAULEJAC, 2007), e demonstra em nosso meio, Grün (GRÜN, 2013).

décadas do século XX demonstraram dois pontos muito marcantes de avanço exponencial: a crescente incorporação tecnológica e o incremento na participação da economia dos países, pelo aumento da utilização e dos custos de insumos e procedimentos.

O poder da tecnologia na área médica respondeu às expectativas com ganhos em eficácia terapêutica nunca vista; no entanto, foi justamente o uso demasiado desse poder (FOUCAULT, 2010) que se tornou um dos maiores problemas de saúde nos países desenvolvidos (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

A evolução da medicina dentro do ambiente hospitalar impôs-se como necessária para o emprego desse arsenal tecnológico, justamente nessas últimas duas décadas do século.

As demandas levantadas pelas descobertas revolucionárias da tecnociência ampliaram as possibilidades e poder das ciências médicas. E foi essa pujança do modelo alicerçado no poder muito valorado da ciência que exigiu da nascente construção do campo de argumentação bioética uma constante renovação e criatividade, para responder criticamente e propor os limites para o avanço das biotecnologias sobre a vida e seus postulados. No contexto social de ampliação dos direitos nesse período, há uma correlata ampliação do horizonte axiológico e, nessa mudança de valores, o trato com a vida vai envolver de uma forma definitiva o paciente com histórica e definitiva inclusão da sua autonomia no contrato das decisões.

Até chegar a este momento, ainda não havíamos ultrapassado o modelo de medicina que nos dá o clássico Canguilhem, quando diz que “é a própria vida [...] que introduz na consciência humana as categorias de saúde e doença. Essas categorias são biologicamente técnicas e subjetivas e não biologicamente científicas e objetivas” (CANGUILHEM, 2002, p.72). Ou seja, ainda é um saber técnico-profissional, estruturado a partir do aprendizado teórico e da experiência empírica, que vai deixar ao médico, como sujeito da relação ou equação médico-paciente, o poder de decidir a condução do seu agir. Mesmo que, no avançar das acomodações da relação trabalho-capital do final do século XX, a transformação da medicina liberal em medicina socializada⁴³ tenha dinamizado novos mecanismos de controle e coerção sobre a autonomia tanto do profissional quanto do paciente.

Mas com o novo modelo, haverá a possibilidade de se extinguir de vez o aspecto subjetivo da medicina, transformando em parâmetros totalmente objetivos todo o substrato

⁴³No nosso meio, ver textos seminais que avaliam essa transição: seja do ponto de observação da década de 1970 (DONNANGELO; PEREIRA, 1976), seja no auge dessa transição na década de 1990 (SCHRAIBER, 1993).

para a decisão e domínio da saúde e da doença pelos limites estritos da ciência biológica. No fim extremo deste processo de mudança, o que reunirá e dará unidade entre mundo e modelo será, enfim, a substituição do núcleo duro da anatomia patológica pelo *dado científico*. Desse modo, chegaremos ao ponto em que pensar em medicina será pensar em dados científicos. Logo, com dados todos podem pensar e lidar: mentes, grupos, processos de trabalhos, gestores e programas automatizados. Nesse ponto, poderemos dizer que a medicina conta com um novo *paradigma* (KUHN, 2010).

Mas, como se propõe essa transformação? Por quais caminhos pensamos que realmente percebemos a redução efetiva da autonomia profissional, seja pela necessidade de normatização adequada dos novos armamentos tecnológicos – pelo seu próprio risco – seja pela imposição de mecanismos regulatórios visando a um melhor custo-efetividade no consumo dessas tecnologias?

O sociólogo Eliot Freidson, referência na análise da evolução do comportamento profissional do médico liberal norte-americano ao longo do século XX, embora tenha publicado seu texto no início do *boom* tecnológico, que aqui citamos, já havia dado o diagnóstico e um vaticínio para um novo momento em um futuro próximo.

5.3.1 As medicinas baseadas em *Evidência e Valor*

No contexto desse momento, a partir da tradicional epidemiologia-clínica anglo-saxônica, fundamentou-se a concepção de um modelo de tomada de decisões com base nas melhores evidências da pesquisa científica, contrapondo-se à experiência profissional isolada, para minimizar as incertezas dos desfechos terapêuticos. Nasce a *Medicina Baseada em Evidências* (MBE), na década de 1990, com a intenção de melhorar as diretrizes para o aprendizado e o suporte para a decisão, ancorada na robustez da base epidemiológica, a qual aponta três questões mestras: O que podemos pensar? O que podemos saber? O que podemos provar?⁴⁴.

O grupo inicial⁴⁵ que projetou esse modelo de trabalho declarava seu objetivo de

⁴⁴ A expressão, inspirada na metafísica kantiana, foi retirada do artigo original do grupo: *Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine* (EVIDENCE-BASED MEDICINE WORKING GROUP, 1992).

⁴⁵ O Grupo de Estudos da Universidade de McMaster do Canadá, sob a coordenação do Prof. David Sackett, tinha finalidades tanto assistenciais quanto de ensino.

combater os custos assistenciais elevados, de substituir os métodos pedagógicos obsoletos e antiquados para o desenvolvimento tecnológico e de buscar maior homogeneidade na extensa produção científica das ciências médicas. Esse rearranjo seria concebido a partir de três disciplinas – a bioestatística, a epidemiologia clínica e a informática médica. Com isso, pretendia-se melhorar o embasamento científico, através de maiores evidências externas; assim, dando amparo com maior precisão às decisões técnicas e ao ensino. Não há, como podemos ver, uma mudança epistemológica fundamental nesse novo modelo, mas já se admite que ele nos traz uma grande mudança no plano da ética e da práxis médica (SAYD; MOREIRA, 2000).

As diretrizes e protocolos, os *guidelines*, passam a propor uma reorientação na tomada de decisão, apoiada em três principais pressupostos: a) o julgamento rigoroso e imparcial dos resultados das pesquisas clínicas, sintetizadas e contextualizadas pelas diretrizes clínicas, b) a inclusão do consentimento do paciente que deve estar bem informado para as suas escolhas e decisões e c) as características circunstanciais do momento do atendimento em cada situação.

Note-se que, agora, o tirocínio profissional deverá ser utilizado no trato com a adequação dessas etapas a cada caso particular do exercício clínico – o que, em si, já é um grande problema e será marcante em críticas futuras (TOPOL, 2013). Mas a grande questão é que a autonomia profissional sofrerá um abalo irreversível, pois, a partir da implementação desse novo sistema axiológico, o peso das evidências advindas das revisões sistemáticas, metanálises e estudos randomizados e multicêntricos impõem-se com maior valor do que a opinião do profissional especialista para a tomada de decisão de qualquer caso (DRUMMOND; SILVA, 1998). Precocemente, isso conduziu ao uso vulgar e burocrático de uma certa forma de *protocolização* da prática médica, favorecendo a sua cooptação pelas técnicas restritivas do *managedcare*, já tão em moda no mesmo período (ROGERS, 2002). Os interesses mercadológicos e a proliferação de uma cultura de *experts* em protocolos foram os principais motivos do precoce abandono das fileiras da MBE pelo seu principal fundador, o Prof. David Sackett, que passa a criticá-la a partir da virada do século⁴⁶.

Com reorientações, revisões e com a evolução de ajustes nos modelos iniciais, a inserção da MBE na prática médica avança até ser quase universalmente institucionalizada apesar de todas as críticas realizadas desde esse período. Há que se ressaltar que ela ainda

⁴⁶Sackett denuncia a deturpação dos requisitos científicos da MBE já no ano 2000 (SACKETT, 2000) e, posteriormente, chega a compará-la à “profissão mais antiga do mundo” (SACKETT; OXMAN, 2003).

fundamenta o que se considera *off label* em medicina e, muitas das vezes, tomar decisões que contrariem aquilo que recomendam *as evidências* pode incorrer em imputar culpa ao profissional por má prática, mesmo que tenhamos assistido, nesse período, a grandes abalos nessas estruturas que fundamentam todo o sistema.

Primeiramente, em denúncias caudalosas em todo o sistema de pesquisa e publicação científica. A Dra. Marcia Angell, ex-editora-chefe da mais antiga e prestigiada revista científica de medicina, o semanário *The New England Journal of Medicine*, publica um livro com todo um corolário de práticas ilícitas, espúrias e antiéticas da indústria farmacêutica em toda a cadeia de pesquisa, produção, divulgação e venda de seus produtos, com intensa participação de médicos, políticos e agentes reguladores do mercado (ANGELL, 2007).

Ao mesmo tempo, assistimos a revisões críticas arrasadoras dos vícios e incorreções dos modelos bioestatísticos utilizados. O grego-novaiorquino, médico e matemático, Dr. John Ioannidis, com passagens por *Harvard* e pela *Tufts University* – e hoje professor e Diretor do *Stanford Prevention Research Center* – escreve artigo desqualificando os modelos bioestatísticos que embasam as pesquisas clínicas e epidemiológicas que compõem as metanálises e aponta os seus equívocos matemáticos (IOANNIDIS, 2005).

E, por fim, devemos registrar ainda inadequações no relacionamento entre a indústria e alguns dos mais prestigiados centros de revisões sistemáticas que justamente fornecem e qualificam as evidências da MBE. O Prof. Sheldon Krimsky, do Departamento de Planejamento e Política do Desenvolvimento da *Tufts University*, em obra de 2003, analisa os valores financeiros envolvidos nas ‘parcerias’ entre o mundo acadêmico e a indústria, não se restringindo apenas aos Estados Unidos. Como um dos exemplos, tem-se o relato de que dois terços das pesquisas realizadas no Reino Unido são financiadas pelas grandes corporações. Com isso, o embotamento da postura crítica na academia é um dos resultados mais danosos apontados por Krimsky. A relação da Astra-Zêneca com pesquisadores do prestigiado *Institute Karolinska*, na Suécia, é incômoda de se ler (KRIMSKY, 2003). Na mesma linha, Peter Gøtzsche, membro da diretoria e cofundador do Centro Cochrane da Dinamarca desde a década de 1990, acaba por ser expulso da entidade, junto a outros diretores que o acompanham, devido à sua posição rigorosa na crítica ao conflito de interesses nas relações do referido Centro com representantes da indústria farmacêutica e de insumos de saúde (ENSERINK, 2018). Anos antes, havia publicado um livro em que comparava as práticas ilícitas reincidentes dos grandes laboratórios farmacêuticos às mesmas utilizadas pelas organizações mafiosas (GÖTZSCHE, 2016).

Assim, ao cabo de todo esse processo, o que podemos admitir é que a ênfase na relação entre a pesquisa clínica e os padrões da prática dos médicos foi aprimorada, embora mudando “o centro de gravidade da medicina, do espaço entre o clínico e o paciente para algum lugar entre a pesquisa e o clínico” (CHANG; LEE, 2018). Novamente contrariando Canguilhem, estamos cada vez mais buscando a parametrização objetiva – o que perseguimos é a tradução de tudo ao dado científico.

Entretanto, o problema não se esgotou com a MBE, pois as melhores evidências não deram conta dos valores individuais e preferências dos pacientes, demonstraram limitações na incorporação de índices de melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde e não relacionaram os resultados à equidade no domínio econômico da medicina na saúde pública. Na virada do século, inicia-se o debate em torno da incorporação do *valor* percebido pelo paciente ao mais alto nível de dados baseados em evidências conferido para as intervenções de saúde para o montante de recurso gasto (BROWN; BROWN; SHARMA, 2000).

A *Medicina Baseada em Valor* (MBV) surge pretendendo partir das melhores evidências para produzir resultados econômicos incrementando o valor na preferência dos pacientes; em termos simples, entregar serviços de saúde a custo mais baixo, mas de melhor qualidade, com melhor experiência do usuário no sistema (BERWICK et al., 2008). Uma mudança na dinâmica de remuneração e custeio, que se desprende do conceito mais próprio do período *industrial*, por volume, para ingressar no modelo *financeiro* de recompensar desempenhos e processos. A nova promessa é que a eficiência do sistema estará ligada ao ciclo completo de cuidado (PORTER, 2010).

Gostaríamos, primeiramente, de ressaltar que já há, de saída, uma diferença fundamental entre a MBE e a MBV. Na concepção da primeira, o foco nas evidências que vão nos guiar para determinada decisão estava posto numa configuração marcadamente principialista da prática, ou seja, aqueles pressupostos científicos dos quais partimos para construir nosso projeto terapêutico. Assim são utilizados as diretrizes, os *guidelines*, os protocolos, mesmo embora saibamos que essas evidências sejam análises, através de determinada metodologia científica, de resultados de pesquisa das práticas em uma miríade de processos anteriores. Elas são os *princípios* para a boa prática.

Na MBV, no entanto, encontramos nas propostas iniciais dos primeiros trabalhos que lançaram o modelo, notadamente de um grupo de oftalmologistas da região da Nova Inglaterra/EUA, o foco voltado principalmente para a questão do custo-efetividade (BROWN; BROWN; SHARMA, 2000). Os primeiros parágrafos do artigo que pode ser

considerado um marco, dos Profs. Gary Brown, Melissa Brown e Sanjay Sharma⁴⁷ apresentam a questão do crescimento do gasto na área da saúde nos EUA, tanto em valores absolutos quanto na participação do PIB e no aumento do gasto *per capita*, principalmente em comparação com o Canadá. Os autores vão elencar os fatores que consideram os responsáveis por essa desproporção; e vão apresentar a necessidade da implantação do instrumental teórico científico da MBE atrelado aos ditames de metas econômico-financeiras do *managed care*. Nessa construção, cujas bases e evidências da ciência têm que responder a resultados esperados nas metas da gestão, nasce a concepção do *valor* para o paciente. Aqui, a grande mudança é o foco no resultado final, naquilo que está sendo entregue como serviço de saúde, *valorando* o melhor custo para o mais eficaz resultado – a eficiência. Num único conceito, uma gestão clínico-financeira.

Então, temos que deixar desde já muito distinto, que diferentemente de outras linhas de acepções *baseadas no valor*⁴⁸, o que aqui estamos focalizando são os resultados. O *valor*, nos modelos apresentados no território norte-americano, não é um princípio, mas sim tem um caráter teleológico.

Nesse sentido, fica claro que, enquanto fundamentávamos nossas decisões em *evidências*, embora fossem os melhores resultados que nos norteasse, os princípios, sob a forma de recomendações e diretrizes, é que determinavam as melhores condutas. O domínio da MBE é o domínio das ciências biomédicas. Mas quando admitimos que o objetivo principal será o *valor* a ser entregue, embora ainda nos utilizemos de dados da pesquisa científica para amparar as decisões, será o resultado final, nas relações de custo incorporadas nesse *valor*, que orientará nossa conduta. Podemos admitir, então, que a MBV traduz o domínio atual da gestão econômico-financeira sobre as ciências da saúde.

E é fundamental perceber essa mudança como consequência da penetração do capital financeiro na área da saúde nesse período. Em tese sobre o tema, Sestelo retorna às décadas de 1970 e 1980 quando, com a financeirização da economia norte-americana, as administradoras de fundos de investimentos e de pensões se voltam para a área da saúde, que basicamente era controlada pela indústria de insumos tecnológicos, farmacêuticos e de serviços (SESTELO, 2018b, p.134). Diz então:

Esse modelo passa a ser confrontado com a lógica da financeirização no controle

⁴⁷ Os Profs. Gary Brown e Melissa Brown, do Jefferson Medical College, Philadelphia/USA, e o Prof. Sanjay Sharma, do Queens Medical College, Ontário/Canadá, eram codiretores à época do *Center for Evidence-Based Health Care Economics*, na Pennsylvania/USA.

⁴⁸ Modelos presentes na Inglaterra, que apresentaremos à frente.

das empresas de planos de saúde que lucra com a restrição ao consumo de tratamentos mais caros. A partir dos anos 1990, conceitos como controle de custos, responsabilização individual, custo-efetividade na assistência, manejo de casos e coordenação do cuidado passaram a circular no campo da assistência subordinando decisões clínicas a processos administrativos.

O que vamos assistir, a partir desse período, serão contradições “[...] na disputa entre o modelo favorecido pelo consumo e o modelo voltado para a geração de lucro nas empresas de planos de saúde por meio de restrição ao consumo de produtos e serviços”.

Ficará evidente e estará obrigatoriamente presente deste momento em diante o peso da governança financeira em todas as concepções de MBV no território norte-americano.

O mesmo grupo inicial, dos profs. Gary e Melissa Brown, funda o *Center for Value Based Medicine*⁴⁹, em 2001, em parceria com o *The American Journal of Managed Care*. Em resumo da atividade do grupo, eles advogam que “a medicina baseada em valor fornece uma medida mais precisa do benefício do tratamento atingido do que a medicina baseada em evidências isoladamente”, pois atrela a relação custo-efetividade aos resultados de morbimortalidade (BROWN; BROWN; SHARMA, 2003; CHAPMAN et al. 2004). Em 2005, publicam o livro *Evidence-Based to Value-Based Medicine* (BROWN; BROWN; SHARMA, 1995), no qual delineiam a importância que o acréscimo do valor percebido pelo paciente na MBV teria no que denominaram um melhor custo-utilidade, superando os resultados da MBE. No entanto, não foram atentos às críticas que já se fazia às qualidades e motivações das *evidências* da MBE⁵⁰; nem às dificuldades operacionais em tornar exequível a parametrização numérica dos valores dos pacientes nas mais complexas situações de saúde e de intervenção médica.

E foi neste momento que chegaram à área de saúde as ideias de Michael Eugene Porter. Seu livro de estreia no setor – *Redefining health care: creating value-based competition on results* (PORTER; TEISBERG, 2006) – em parceria com a colega de Harvard, Elizabeth Teisberg, lançado em 2006, será agraciado no ano seguinte com o prêmio de livro do ano do *American College of Healthcare Executives*. E é até hoje a obra teórica de referência inicial para qualquer estudo sobre a MBV.

Mas antes de entrarmos no desenvolvimento pleno da sua teoria sobre a MBV, convém tecer algumas considerações a partir de um recado que nos dá Porter, nessa sua obra,

⁴⁹Disponível em <<http://www.valuebasedmedicine.com/>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

⁵⁰ Como já citamos antes, críticas às falhas intencionais ou não que permeiam toda a cadeia de produção das evidências científicas.

que vai nos ligar ao que havia dito décadas antes o sociólogo Eliot Freidson. Diz assim:

Os médicos não têm o direito de prestar serviços de saúde sem demonstrar bons resultados. [...] A prática médica tem que ser projetada em torno do valor para os pacientes, e não da conveniência para os médicos (PORTER; TEILSBERG, 2006, p.48).

Então veremos que a projeção das previsões e prescrições contidas nesse texto irão se mostrar transformadoras nas relações entre o trabalho médico e o capital envolvido na economia da saúde. De uma forma, agora definitiva, o peso da participação da gestão na estrutura organizacional da saúde, a partir das exigências propostas pela MBV, vai crescer a tal ponto que vai penetrar cada vez mais como um elemento necessário para a plena realização do trabalho médico, seja na sua relação com o próprio ambiente da prática da medicina, como os modernos hospitais, seja até mesmo na sua relação final com o paciente (LEE, 2010; CORREIA, 2012).

Como já ressaltou Gaulejac, ainda no século passado, a ubiquidade da cultura gerencialista torna-se a marca fundamental da substituição da economia industrial pela economia financeira. “A cultura do alto desempenho se impõe como modelo de eficiência [...] Uma ‘gestão contábil’ da saúde, da educação e da pesquisa, pela necessidade de se adaptar às exigências econômicas e institucionais” (GAULEJAC, 2007, p.28).

O Prof. Michael Eugene Porter aproxima-se do campo da saúde mostrando-se desafiado pelas sérias questões econômicas da área. Assim como fizeram Brown, Brown e Sharma (2003), seu texto de estreia expõe no capítulo de abertura a proporção que o montante de recursos da saúde ocupa no PIB norte-americano. E, como não poderia deixar de acontecer, compara os indicadores de qualidade e resultados desse gasto *per capita* com o de outros países desenvolvidos. Não foi difícil ao autor, como de fato a ninguém, perceber no que resultou o modelo de consumo acelerado que o livre mercado explorou no auge da industrialização da tecnologia médica de alta complexidade. Inexoravelmente, conclui o que já se havia demonstrado, que existiam fortes evidências de tratamentos aquém do que se esperaria como critério de excelência; seja pela utilização de insumos e procedimentos em demasia, ou contrariamente, pela sua insuficiência. E ainda, o poder de dano colateral – iatrogenia em suas várias formas – dessa medicina mostrou-se tão assustador nas estatísticas publicadas na virada do século XX (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000) que poderíamos ressuscitar as críticas de Illich feitas décadas antes (ILLICH, 1975). A questão é que, contrariamente ao que Illich pregava, a medicina com suas novas descobertas se mostrou perigosa, mas eficaz. E Porter vem para propor uma solução para que ela se torne

eficiente.

Michael Porter já era um autor consagrado no mundo da gestão nesse momento. Desde a sua inicial formação, vindo da graduação em engenharia e inserção na *Harvard Business School*, como um jovem professor, após obter o doutorado no Departamento de Economia, destacou-se com a elaboração de conceitos de gestão corporativa, voltadas ao uso estratégico de vantagens competitivas (AKTOUF, 2002). Durante as duas décadas anteriores havia publicado dezenas de artigos acadêmicos e mais de uma dezena de livros. *Competitive strategy: techniques for analysing industries and competitors* (1980) e *Competitive advantage: creating and sustaining superior performance* (1985) tiveram mais de meia centena de reedições e foram traduzidos em diversos idiomas, enquanto seu escritório prestava serviços de consultoria a grandes empresas multinacionais, tornando-se o maior mentor da estratégia competitiva (MAGRETTA, 2012); e em *The Competitive Advantage of Nations* (1990) Porter conduz sua teoria de *vantagem competitiva* para o tratamento das relações entre nações, quando passa a prestar serviços para vários governos após criar um empresa de consultoria, o *Monitor Group*, em 1983. Ao longo das duas décadas seguintes, a força das suas propostas conduz sua empresa à participação em parcerias com grandes grupos de investimentos e consultorias de grande porte, como *McKinsey & Company*, a *Bain* e o *Boston Consulting Group* (MAGRETTA, 2012).

A proximidade com o modelo representado por esses grandes grupos de consultoria corrobora a crítica que já se fazia, à época, ao seu modelo de negócios, sendo uma das mais contundentes a do prof. Omar Aktouf, titular da *HEC Montreal*⁵¹. Segundo ele, o modelo apostava justamente em uma “simbiose entre a arquitetura de sua teoria e os serviços que podem entregar os escritórios de consultoria com os quais ele e Harvard estiveram sempre ligados [...]” sendo “a única escolha recorrer aos porterianos como consultores” (AKTOUF, 2002, p.51).

Aktouf vai muito além de apenas tocar no ponto das conveniências entre a construção teórica da proposta de Porter e seus interesses de negócios de consultoria. Seus textos deixam evidente que o caminho teórico construído a partir de dados empíricos de suas pesquisas realizadas com grupos fechados de grandes empresas começam pela indução em grupos de grandes assimetrias, para depois deduzir o que não deveria. Ou seja, seu campo

⁵¹ Fundada em 1907, a *École des Hautes Études Commerciales de Montréal* (HEC Montreal) é a escola de negócios de pós-graduação da Universidade de Montreal e conhecida como a primeira escola de administração estabelecida no Canadá.

observacional de grupos fechados de empresas, num pequeno espaço de tempo em que foram observadas, num determinado curto momento histórico, não poderia ditar leis de validade universal. Nessa observação do comportamento de competição estratégica entre empresas, que Porter vai extrapolar para utilização de modelos de competição entre Estados, Aktouf (2002, p.51) chega a constatar que o que já ocorre se pode considerar como um caso de *enactment* – um “fenômeno que leva a projetar (desde o ponto de vista e dos interesses daqueles que analisam) tantas características no ambiente analisado que acabamos por realmente enxergá-las”.

E demonstra isso enumerando toda uma série de falhas na análise dos dados que foram utilizados, quando compara empresas de mercados distintos – por exemplo os de maior regulação social do Estado, como as da Alemanha, Japão, Dinamarca e Suécia –, com as de mercados capitalistas autorregulados, como as americanas e inglesas. Outro ponto é que, embora o autor exclua de seu modelo, ele enfatiza os méritos dos sistemas alemão, japonês e sueco e admite a boa qualidade nestes países de uma alta taxa de sindicalização, com a presença de representantes sindicais na gestão de suas empresas. O autor deixa, assim, de forma implícita, mas não explicada pelo seu modelo, vários pontos benéficos de intervenção do Estado na economia.

Ao não considerar as diferenças nas grandes desigualdades econômicas entre grupos de nações de desenvolvimentos opostos, a teoria de Porter transforma o “planeta em um vasto campo de batalha pela infinita competitividade, sob a única obrigação de maximização de lucros e dividendos de firmas colocadas como a finalidade histórica das nações” (AKTOUF, 2002, p.52). Aktouf chama a atenção de que o *porterismo* prega o afrontamento mesmo em zonas de livre-comércio e não visa um bem-estar social recíproco, buscando equilíbrio nas relações, com duração e preocupação com homogeneidade. Ao pregar uma competitividade generalizada e uma corrida às vantagens competitivas, não complementares, desequilibradas, o que resulta são estratégias egoístas, imediatistas, com um estado de espírito definitivamente belicoso. E se pergunta: “Podemos transformar assim os estados em comitês de gestão de interesses financeiros transnacionais e as nações em espaços voltados à competição entre gigantes do business?” (AKTOUF, 2002, p.48)

Mas as maiores críticas ao modelo de governança estratégica de Porter vieram quando sua consultoria – a *Monitor Group* – foi à falência em novembro de 2012, tendo posteriormente passado seus ativos à gigante *Deloitte*.

Embora ainda servindo de mentor a muitos, e muito utilizado pelo meio da gestão,

havia críticas desde os projetos sem sucesso prestados a alguns países ou até mesmo à sua participação em consultoria ao governo de Gaddafi, na Líbia. A proposta teórica da ‘vantagem competitiva sustentada’, baseada em liderança por custos baixos, diferenciação e enfoque foi fortemente criticada na obra do filósofo norte-americano Matthew Stewart, *The Management Myth*, de 2009.

Detalhando como o modelo construído por Porter e empregado por seus consultores tinha forte poder atrativo psicológico sobre os gestores das empresas, Stewart demonstra como se tratava mais de análise retrospectiva de casos de sucesso, em que a ‘vantagem competitiva sustentável’ das empresas havia se estabelecido por circunstâncias locais e sob forte proteção por barreiras estruturais dos Estados. Sem essa proteção, a estratégia não funcionava e a busca pelo sucesso transformava-se em um mito de conquista, com a substituição consecutiva dos altos cargos da gestão, que fortalecia, na verdade, a fortuna de grandes consultores (STEWART, 2009). Ao invés de perguntar como pôde Porter e o *Monitor Group* falirem, a pergunta que passou a ser feita por alguns foi: “como eles puderam continuar com um produto tão ilusório por tanto tempo?” (DENNING, 2012)

Mas é justamente a partir do desafio que se propõe para a área da saúde, juntamente com Elizabeth Teisberg, que Porter passa a admitir que criar refúgios seguros para empresas com lucros acima da média protegidos por barreiras estruturais não tem bons resultados para os clientes e a sociedade e descreve sua nova prescrição de *compartilhar valor*; entretanto, devemos ressaltar que ainda persista no bojo da sua teoria o pensamento na vantagem competitiva.

Nessa obra de 2006, Porter apresenta a adaptação de suas teorias prévias sobre posicionamento estratégico no mercado, agora com o controle dos melhores resultados entregues aos pacientes usuários de serviços de saúde e/ou consumidores de produtos. Esse será o cerne da competição, a busca do melhor custo possível relacionado diretamente aos melhores resultados; é a concepção de qualidade do resultado na saúde por dólar gasto que traduzirá sua definição de eficiência. O *Value-Based Health Care Delivery* (VBHCD) não visa diretamente reduzir custos, mas obrigatoriamente entregar o melhor *valor*; e este, na concepção do modelo, terá melhor (e menor!) custo porque buscou os melhores resultados, num sistema aberto de competição (PORTER; TEISBERG, 2006). É importante notar que aqui permanece a ausência de controle regulatório estatal e o sistema de livre concorrência, em que os autores pregam o estímulo à diferenciação estratégica, à experiência em escala, e à divulgação constante destes resultados, para que esteja ao alcance da regulação do

consumidor e de outros compradores no mercado de saúde.

Sua crítica inicial mostra-se certa ao analisar o modelo ao qual propõe mudanças. Para ele, a comoditização “da assistência à saúde foi a primeira de uma série de escolhas estratégicas lamentáveis feitas por todos os atores do sistema” (PORTER; TEISBERG, 2006, p.31). Com esse modelo de lidar com os processos da assistência à saúde tratando-os como uma *commodity*, comportamento que estava diretamente relacionado à era da industrialização da medicina, aqueles que controlavam os custos perseguiam o objetivo errado: reduzir os custos a curto prazo. Para Porter e Teisberg (2006), ficam evidentes as ineficiências da visão econômica de curto prazo na abordagem focada isoladamente em terapias e procedimentos. Foi assim que vigorou durante o longo período em que preponderava o hoje combatido sistema de pagamento por serviço (*fee-for-service*). Claramente, na opinião dos autores, esse modelo responde aos interesses conflitantes dos agentes do sistema que estarão sempre em disputa entre si, “o plano de saúde, o hospital, o médico ou o empregador” (PORTER; TEISBERG, 2006, p.88).

Na proposta do VBHCD, o *valor* será criado ao longo de todo o ciclo de atendimento a uma doença – desde a prevenção e monitoramento, ao diagnóstico, preparação e tratamento e gerenciamento da doença a longo prazo. Note-se que, a partir deste entendimento, Porter passa a ser o arauto do que a futura MBV vai estabelecer como pagamento por desempenho (ou *fee-for-value*). Nessa acepção, ele vai demonstrar que a alta tecnologia em si não é problema do custo, mas sim o seu gerenciamento, pois economias de custo de curto prazo que levam a aumento de custos de longo prazo não melhoram o *valor*. E será no acompanhamento de resultados de longo prazo que os prestadores poderão demonstrar seu desempenho, com menos erros e competir por melhor custo.

Sua lista de princípios, neste texto de lançamento, pode ser resumida no Quadro 1:

Quadro 1 – Princípios fundamentais da VBHCD, de Porter e Teisberg (2006)

- 1- O foco deverá ser no *valor* para os pacientes, não somente no custo;
- 2- A competição tem de ser baseada em resultados;
- 3- O *VBHCD* deverá estar centrado em todo o ciclo da doença;
- 4- O atendimento e alta qualidade devem ser menos dispendiosos;
- 5- O *valor* tem que ser gerado na experiência, escala e resultados do prestador naquela condição médica ou doença;
- 6- A competição tem de ser nacional, e não local;
- 7- Deve haver divulgação ampla dos resultados;
- 8- Inovações que aumentem o *valor* devem ser recompensadas.

Fonte: Adaptado de Porter e Teisberg (2006)

A consequência mais inescapável desse novo formato, e que julgamos importante frisar, será que a dinâmica de acompanhamento da evolução de indicadores clínicos e custos em processos de longo prazo, até pela prescrita concorrência entre polos locais e regionais, para comparação e equiparação entre os melhores resultados, definirá a plena dependência desse modelo de todo um robusto sistema de informação e administração que somente as grandes estruturas corporativas poderão oferecer – se estamos mesmo pensando em concorrência como propulsora de melhor *valor*.

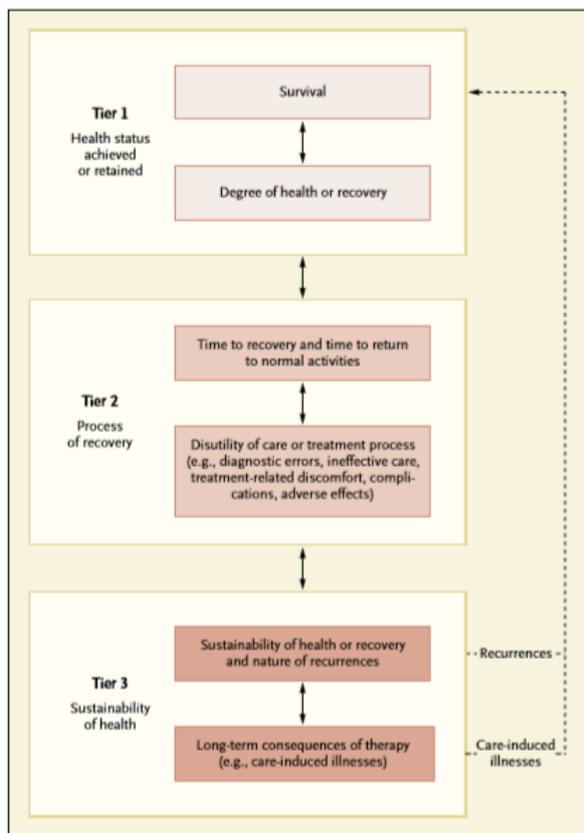
Isso praticamente declara a chegada de um novo momento, que enterra de vez o modelo liberal da prática médica e prevê todo o sistema dependente da remuneração e pagamentos a partir do custo/resultado de longo prazo, subsumido no conceito de *valor*. Nesse modelo, capturado pela lógica financeira (SESTELO, 2018a), mercados com alta concentração em oligopólios e grandes corporações causarão mudanças abruptas nas relações de trabalho, com consequências diretas na estrutura e no *ethos* profissional que já se fazem sentir (FRIEDBERG et al., 2013; NOSEWORTHY et al., 2017).

Em um artigo posterior e mais conciso, escrito em 2010 (PORTER, 2010), Porter vai trabalhar nos pontos principais de sua teoria, firmando o *valor* como eficiência, definindo mais explicitamente para as condições de saúde o melhor resultado em relação aos custos. Nesse texto, será frisado de forma marcante a importância do acompanhamento de longo prazo de determinados resultados e desempenhos baseados na assistência e cuidados de condições clínicas em toda a sua complexidade. Esse acompanhamento não deverá ser mais o que é realizado em unidades de tratamentos que demonstram seus resultados particulares

em cada evento. O ciclo de cuidado, enxergando principalmente a evolução complexa das doenças crônicas, deve buscar informações desde os grupos de fatores de risco pessoais e dados populacionais em que se desenvolve a prevenção, acompanhar os resultados da fase aguda de tratamento e, por fim, também envolver os custos da recuperação e das possíveis doenças induzidas pelo tratamento. Nesses moldes, constata-se que o mais necessário nesse momento é a medição rigorosa e sistemática dos resultados de cada provedor de serviços.

Para verificar a eficiência no ciclo de longo prazo de assistência a uma condição médica, Porter propõe a adoção de uma hierarquia para a avaliação escalonada do desempenho. Essa estrutura, em três níveis e outros subníveis hierárquicos, vem sendo adotada como orientação para as métricas de protocolos de MBV (Figura 3). Prevê o acompanhamento a partir de indicadores que devem ser reajustados para diferentes grupos populacionais ou condições médicas. No primeiro nível estariam as clássicas aferições de taxas de sobrevivência e danos mais importantes e que acompanhamos como indicadores clínicos imediatos de morbimortalidade; no segundo nível, os indicadores relacionados ao tempo de recuperação, com o registro do retorno ao trabalho e às antigas condições sociais do paciente para cada determinada terapia; no último nível, avalia-se a sustentabilidade das boas condições de saúde a longo prazo, principalmente no registro de ocorrência de complicações tardias da abordagem terapêutica inicial.

Figura 3 – Hierarquia para a avaliação escalonada do desempenho



Fonte: Adaptado de Porter (2010)

Nesse modelo básico, Porter prevê uma especialização de cada unidade a partir de outros detalhamentos, com “um número de dimensões (e medidas) podendo se expandir à medida que a experiência e a infra-estrutura de dados disponíveis cresça” (PORTER, 2010, p.2480).

A partir desse escopo teórico, após o fim do *Monitor Group*, Porter passa a dedicar-se mais ainda à área de saúde, na qual sua proposta de MBV conquistou grande espaço e muitos adeptos. Para reforçar o modelo, funda uma estrutura de registro e consultas de resultados que dê suporte à implantação do sistema de VBHCD. Com o antigo formato de parcerias entre o pensamento acadêmico de Harvard e os escritórios de consultores e investidores de Boston, funda então o *International Consortium for Health Outcomes Measurement* (ICHOM), assumindo a missão de “transformar os sistemas de saúde em todo o mundo, medindo e relatando os resultados dos pacientes de forma padronizada” (ICHOM, 2019). Aos principais componentes do consórcio, o *Institute for Strategy & Competitiveness* (da *Harvard Business School*) e o *The Boston Consulting Group*, acrescentou-se a *expertise* técnica em pesquisa e epidemiologia clínica da equipe do *Karolinska Institutet* de Estocolmo.

O sucesso em saúde, preconizado pelo ICHOM, será composto pela *Redução dos custos*, com o *Suporte à tomada de decisão*, e *Melhoria da qualidade dos cuidados* (ICHOM, 2019).

Fica evidente, nesse modelo, que a aferição de eficiência a partir do *valor* entregue ao final de todo o ciclo de cuidados de determinada condição médica vai depender de uma estrutura de registro e processamento de dados que não havia ainda na época de seu seminal artigo e que o autor lança como desafio às instituições. Mas, igualmente relevante é que a proposta oferece ao usuário do sistema de saúde, na sua concepção de consumidor, o importante papel de ser o elemento que regulará através de suas escolhas pelos melhores desempenhos, o próprio estímulo ao progresso do sistema, pela competição entre os provedores para entregar o melhor *valor* – resultado por dólar gasto. Com isso, torna-se inevitável que o paciente esteja fielmente atrelado, de forma contínua, a um mesmo provedor de todos os serviços ao longo de todas as etapas propostas de seu ciclo de cuidados; ou voltáremos à lógica de acompanhamento por procedimentos. Desta forma, porém, a escolha pelos melhores resultados passa a ser algo que não está ao alcance livre de usuários individuais, considerados como consumidores. O que ocorre é uma competição real de *performance* pelo *valor* em uma dinâmica de mercado financeiro cujos grandes grupos de investimento transnacionais dominam e negociam tanto a posse dos provedores de serviços quanto as de planos de saúde com milhões de usuários, fato que já ocorre em nosso país (SESTELO, 2018).

E resta ainda uma grande lacuna na capacidade dessa proposta alcançar a visão generalista, principalmente se consideradas as grandes diferenças regionais em países de proporções continentais, como os Estados Unidos e, mais acentuadamente, o Brasil; isso já foi apontado por autores como um dos entraves para que o desenho da VBHCD possa ser adaptado à atenção primária (ENTHOVEN; CROSSON; SHORTELL, 2007). Notadamente, um dos primeiros trabalhos nesse sentido realizado em nosso país (PEREIRA, 2015), se deu a partir de uma parceria público-privada entre o Ministério da Saúde e um grande hospital de excelência da cidade de São Paulo para o desenvolvimento de um programa de atenção primária. Desse modo, fica exposto, de forma muito clara, que a inicial vantagem competitiva foi determinada na verdade por um nicho de proteção estrutural determinado pelo Estado, confirmando a crítica de Stewart aos modelos industriais dos primeiros trabalhos de Porter (STEWART, 2009).

Ademais, no início de seu artigo de 2010, uma frase de Porter expõe uma fragilidade

inicial a partir da qual constrói a sua proposta. Criticando o modelo do sistema ao qual pretende superar, no qual aqueles que operam nos cuidados de saúde “têm uma miríade de objetivos, muitas vezes conflitantes” (PORTER, 2010, p.2477), para a VBHCD, Porter anuncia que:

Alcançar um alto valor para os pacientes deve se tornar o objetivo global da prestação de cuidados de saúde, com o valor definido como os resultados de saúde alcançados por dólar gasto. Esse objetivo é o que interessa aos pacientes e une os interesses de todos os atores do sistema (PORTER, 2010, p.2477).

Ora, como já nos advertiu também Stewart, na retórica filosófica da gestão, o projeto de MBV apresenta-se como aquele que será responsável pela melhoria da entrega de *valor* ao paciente. Nessa visão, o que se promete é melhora na eficiência, com melhores resultados empiricamente verificados pelo sistema de informações e redução do custo em dólar por procedimento, ou resultado. O ganho será na escala e no domínio do mercado pelos melhores provedores, num sistema de competição livre. Assim, como há intenção autêntica de cobertura universal (PORTER; TEISBERG, 2006), exponencial avanço tecnológico e fármaco-químico e o estímulo ao investimento e lucro é intrínseco à ideologia do sistema, não há como imaginar que a proposta de ‘ajuste justo’⁵² da MBV irá controlar a explosão das contas da saúde no modelo de livre mercado. Embora o *valor* seja um ajuste na qualidade e custo por unidade de serviço ou no ciclo completo de um acompanhamento a ser entregue, para o paciente o interesse final serão os resultados realmente aferidos na estrutura idealizada por Porter (Figura 3), mas para os provedores e investidores financeiros que se integram hoje na entrega de serviço o resultado lucrativo da competição será sempre o objetivo final.

Por esse motivo, devemos ser cuidadosos em avaliar que todos os atores do sistema de saúde baseado em *valor* têm o mesmo interesse, como finalidade. O *valor*, como um resultado de cuidado, nesse modelo proposto, não tem o mesmo significado para pacientes, provedores de serviços, pagadores, fornecedores de insumos e sociedade como um todo... como se planeja, ou deseja.

Já admitimos que os pacientes podem almejá-lo como finalidade, o que nos parece óbvio, seja pelo interesse direto de sua saúde como direito, seja pelo interesse como consumidor, como funciona na ótica desses autores. O interesse no resultado final justifica-se por si mesmo.

Mas para a estratégia de provedores, conseguir “maiores taxas de satisfação do

⁵² Em outros termos, a alvissareira expressão do Banco Mundial para uma possível reforma do SUS (BANCO MUNDIAL, 2017).

paciente e melhor eficiência no atendimento” e de pagadores, conseguir “controles mais fortes de custos e riscos reduzidos” (CATALYST, 2017), não podemos assumir que se trata da finalidade última a que se dispõe o ramo empresarial. Logo, o uso do *valor em saúde*, para esses atores, será um instrumento poderoso, tanto do ponto de vista técnico, e até mesmo moral, para que se posicionem no modelo competitivo do mercado visando à sua finalidade – crescimento e lucratividade (SESTELO, 2018a).

A mesma perspectiva engloba os fornecedores de insumos, como a indústria farmacêutica, que não podemos considerar que tenha como finalidade última “alinhar seus produtos e serviços com resultados positivos para os pacientes com custo reduzido” (CATALYST, 2017), sendo essa meta uma das estratégias para o que sabemos ser a mesma finalidade empresarial. Nesse sentido, a voracidade competitiva que atinge o setor, diante do achatamento da lucratividade do modelo de drogas em grande escala para grupos populacionais e investimento em medicamentos customizados de elevadíssimo custo para doenças raras ou menos comuns, tem causado assombro inclusive pelo uso particularmente conveniente do *valor* sem correlação com os gastos em pesquisa e desenvolvimento. A expressão *value-based pricing* (precificação baseada em valor) tem sido utilizada pela indústria para descolar o *valor* do custo de produção destas novas drogas e relacioná-lo aos benefícios que traz para a sociedade, um argumento que já foi refutado por pesquisa empírica (HILNER; SMITH 2009). A economista Mariana Mazzucato, ao interpretar esse episódio, comenta que “o valor é um conceito que está no cerne do pensamento econômico, e pode ser usado e abusado de qualquer maneira que se possa achar útil” (MAZZUCATO, 2018, p.18).

Sendo assim, como resultado final para os interesses da sociedade, nem a VBHCD, ou puramente a MBV, nem a sucessão de propostas que se apresentam há décadas conseguem colocar freios na propulsão que atinge os custos de saúde no modelo guiado pelo mercado com baixa regulação estatal, como é o caso dos Estados Unidos. Basta verificar que se registrava como participação dos gastos em saúde na faixa de 5,2% do PIB na década de 1960 e os textos se alarmaram com 1,3 trilhões de dólares, com 14% do PIB em 1999 (BROWN; BROWN; SHARMA, 2000) no início das propostas de MBV; chegou-se a 2 trilhões de dólares e 16,2% em 2011, e 3,65 trilhões de dólares, com 17,9% de participação no PIB em 2018⁵³. A pior notícia é que, ao longo dessas décadas, apesar do volumoso gasto *per capita*, esse modelo está vinculado à queda das condições da qualidade de vida

⁵³Disponível em: <<https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/NationalHealthAccountsHistorical.html>>. Acesso em 10 ago. 2019.

relacionada à saúde nos EUA, da posição de liderança no passado ao 27º lugar atual, em 195 países avaliados (MURRAY et al., 2018).

Os arranjos e rearranjos da gestão nesse sistema de entrega de serviços de saúde ao qual deixamos o espírito competitivo da livre iniciativa, com baixa ou alta regulação, o papel principal de determinar suas diretrizes, seja ele conduzido pela meta estruturante da *qualidade* (DONABEDIAN, 1990) seja pelo desfecho de *valor* (PORTER; TEISBERG, 2006), até o momento não reverteu a espiral de crescimento de gastos (DALE, 2016). Talvez, simplesmente por não poderem se comportar de forma diferente dos interesses intrínsecos ao modelo de competição estratégica pelo sucesso empresarial que domina o setor de serviços no mercado de saúde.

Isso pode ser verificado pelo mais recente *boom* que passa o setor nos últimos dez anos, com a chegada e implementação de um novo ciclo tecnológico, consequente ao desenvolvimento acelerado das tecnologias de informação, notadamente a *Internet das Coisas* (IoT) e a *Inteligência Artificial (AI & Machine Learn)*. Sua incorporação pelas ciências médicas, assim como já anuncia um novo modelo de medicina (TOPOL, 2013), aponta para uma série de novos nichos de mercado e abre caminhos esperançosos para ramos de investimento que têm estimulado o surgimento de milhares de *start-ups* ao redor do mundo (DELOITTE, 2017).

E se não conseguiu frear o crescimento dos gastos em saúde, essas mudanças tampouco conseguiram, ao longo desse período, gerar grande impacto na redução dos danos causados pela medicina. Nem mesmo a dispendiosa implantação de um sistema integrado de prontuário eletrônico nos EUA, que consumiu algumas dezenas de bilhões de dólares, trouxe os resultados esperados; o que se viu, além da organização dos processos de faturamento e, mais uma vez, a proliferação de consultorias e intermediários no sistema, foi o aumento do registro de *Burnout* no meio médico e ainda maior conflito na relação médico-paciente. O tempo do profissional – tanto dos médicos quanto da enfermagem – não ficou mais livre com o processo de informatização do registro, liberando-o para maior contato com o paciente. Ao contrário, foi consumido pelas próprias necessidades do registro informatizado, que se interpôs entre o profissional e o usuário do sistema de saúde (FRY; SCHULTE 2019).

Nesse ponto, devemos ressaltar e analisar uma poderosa crítica a esse sistema que já havia sido feita por Atul Gawande. Cirurgião norte-americano, do *Brigham and Women's Hospital* de Boston, e professor de cirurgia na *Harvard Medical School*, e saúde pública na *Harvard School of Public Health*, Gawande destacou-se no começo deste século no grupo

que liderou o movimento pela segurança do paciente em ambiente cirúrgico, participando da criação e difusão dos *checklists* em cirurgias e procedimentos médicos, aos moldes do utilizado pelas práticas de segurança na aeronáutica⁵⁴. Mas, como pertence ao modelo de profissional liberal típico da medicina como serviço num sistema de mercado, tão característico dos EUA, não há como não perceber o seu zelo frente ao risco de dano ao paciente, convivendo com sua busca do que considera ser o melhor modelo de sistema de saúde, aquele que entregue bons serviços ao *consumidor* (o médico clássico da obra de Eliot Freidson, que já citamos).

Em artigo de 2018 – *Why Doctors Hate Their Computers* –, escrito para o semanário *The New Yorker*, Gawande (2018) descreve como se deu a chegada da Tecnologia de Informação (TI), com a implantação do programa de informatização na *Partners Health Care* em 2015, empresa com cerca de setenta mil funcionários, espalhados por doze hospitais e centenas de clínicas na região da Nova Inglaterra, área de destaque socioeconômico no nordeste dos EUA. Ao custo de US \$ 1,6 bilhão, o processo de adaptação de todos foi lento e os resultados só foram notados com o tempo. Confrontando com outros relatos, ele também ressalta que a informatização não deixou mais tempo livre para o médico, mas apenas mudou o modelo de sua atividade; esse profissional, agora, dispense mais tempo para o registro de seus atos e perde muito mais tempo nas atividades relacionadas ao registro de informações, principalmente levando tarefas decorrentes da informatização para seu tempo de descanso no lar. O atendimento estandarizado, no entanto, abriu mais vagas nas agendas. E as possibilidades de arrocho na gestão e tratamentos desses dados de saúde e extração de excedentes financeiros (o que é relatado sempre como ‘redução de custos’) mostraram-se ampliadas: um exemplo é o atendimento aos prontuários eletrônicos feitos na pré-consulta por médicos de Mumbai, diretamente da Índia, por menor custo, ilustrando a capacidade de recursos desse ambiente virtual.

Mas há a impressão de que esse estranhamento se dá na geração de profissionais que teve de se adaptar. Na que está vindo por aí, tudo isso já será natural e bem aceito. Gawande apoia-se num modelo de darwinismo social para justificar que a adaptação requer mutação e seleção. A TI sozinha não cria, sendo incapaz para a mutação. O trabalho médico, dentro de suas possibilidades artesanais, pode ser altamente inventivo. Sem o olho do sistema, informatizado, o trabalho médico mantinha essa prática artesanal, e apenas contribuía com a mutação. Agora, somente os melhores resultados demonstráveis serão selecionados pelo

⁵⁴No ano de 2009, Gawande lançou *The Checklist Manifesto: How to Get Things Right* (GAWANDE, 2009).

sistema. Assim, teremos adaptação, dinamismo, segurança e resultados.

Adepto do mesmo modelo de *valor*, como meta de qualidade pelo custo, anos antes já havia escrito que se deve “Usar a quantidade certa de mercadorias e mão de obra para entregar o que os clientes querem e não mais. Qualquer coisa mais é desperdício e desperdício é lucro perdido”. Nesse outro artigo para o mesmo semanário, mas em 2012 (GAWANDE, 2012), ele vai buscar seu *benchmarking* para o sistema de saúde numa cadeia norte-americana de restaurantes de grande sucesso: *What big medicine can learn from the cheesecake factory*. Dentro da ótica de livre mercado do sistema de saúde norte-americano, ele explora as deficiências e vícios desse modelo na entrega de seus serviços e aponta para os processos de gestão como solução, cruzando conceitos, numa definição de *valor* que se aproxima da utilizada por Porter.

A sua preocupação central é o melhor resultado alcançado, com menores danos ao paciente, atrelado à melhor relação custo-benefício; a visão é a de eficiência. Gawande admite que “muitos sistemas de saúde, com fins lucrativos e sem fins lucrativos, compartilham este objetivo: medicina de linha de produção em grande escala”. Estaríamos, então, ainda em uma etapa da industrialização da medicina. Se assim for, o problema parece-me maior do que analisa o autor, um pouco fora do foco de suas conclusões – já que estamos falando do país onde mais se estuda e se desenvolve tanto as tecnologias médicas quanto as de gestão. O que, mais estranhamente, deixa sem explicação a queima de mais de 3 trilhões de dólares anuais, num sistema com profunda inequidade e com os maiores gastos *per capita* e os piores indicadores dos países desenvolvidos. Diante disto, detalhando os processos na produção do *Cheesecake Factory*, ele espera encontrar a solução, como outros, nos acertos da gestão.

Em toda a sua análise desse sistema, algo importante fica notadamente de fora. Ele explana os arrochos e apertos nas relações de trabalhos na área da saúde, com sobrecarga de responsabilização, *Burnout* médico, ‘enxugamento’ de equipes, estandartização de processos, informatização, uso de ‘subcontratados’ e ‘terceirizados’ da Índia, tudo faz parte da sua reflexão. Na outra ponta, o que se busca em sua visão são os resultados para os pacientes. Ao focar nas melhorias dos processos, são apresentados como a grande meta, mas poderíamos perguntar se isso não seria apenas uma parte da meta, pois o que justamente não aparece é de fato notável. Quando se fala de custos... redução, controle, melhorar a ‘cadeia de *valor*’, relação ‘ganha-ganha’... quando estamos melhorando a eficiência do sistema, com todos esses ‘apertos’ na máquina, nos processos, na gestão, acertando no cuidado, com bons

resultados, estamos controlando os custos para quem? Onde está, em sua análise, a dimensão do excedente de lucros que as grandes corporações financeiras retiram do sistema ao apertar os cintos de todos e desprezar aquilo que considera desnecessário? Quando se fala em economia de custos, com quem ficou e quanto o investidor lucrou com isso? Onde está em sua análise algo sobre o investimento e desempenho financeiro da *Partners Health Care*? O retorno desse investimento não está nos comentários do artigo. Como essa empresa foi constituída e como concentrou tanta riqueza ao longo das últimas décadas, tornando-se uma das gigantes do ramo? Qual contradição podemos perceber num sistema injusto e perdulário, anunciado como prestes a quebrar, mas dominado por grandes corporações que tiveram crescimento exponencial nas últimas décadas?

Aos moldes de Porter, mas com melhor domínio das ciências médicas, o prof. Gawande fundou também sua consultoria, o *Ariadne Labs*, em Boston, ainda em 2012. Um centro de pesquisa com múltiplas especialidades, o qual oferece prospecção e implantação de soluções inovadoras para o sistema de saúde, clivando a relação da segurança para o paciente com o custo-eficácia e viabilidade financeira desses novos processos. Mais recentemente, em junho de 2018, foi contratado para dirigir uma promessa de novidade no mercado de saúde dos EUA. Anunciado como uma ‘revolução no sistema’, o novo projeto de entrega de serviços de saúde resulta da chegada da gigante varejista *Amazon*, associada ao fundo de investimentos *Berkshire-Hathaway* e ao *JPMorgan*⁵⁵. Pelo visto, ao se efetivar o que se apresenta no horizonte dessa promessa, o peso financeiro dessas instituições não nos deixará descansados de futuras reflexões sobre o *valor*.

Resta-nos, por fim, retornar atrás no texto e recuperar a visão do começo deste século na tentativa de refletir sobre outra concepção de *medicina baseada em valor*. Após a exposição que fizemos do modelo vigente nos Estados Unidos e que vem sendo preconizado como solução pelas corporações envolvidas na saúde, em que os resultados clínico-financeiros retrospectivos guiam nossas escolhas e decisões, voltemos à proposta de *valor* como princípio.

Vamos rever o que o psiquiatra e filósofo inglês, K.M.V. Fulford⁵⁶, desenvolveu, a

⁵⁵Disponível em: <<https://www.businesswire.com/news/home/20180620005747/en/Amazon-Berkshire-Hathaway-JPMorgan-Chase-appoint-Dr>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

⁵⁶ Professor de filosofia e saúde mental na Faculdade de Medicina e no departamento de Filosofia da Universidade de Warwick, e do Departamento de Psiquiatria da Universidade de Oxford e do King's College, Universidade de Londres. Um dos fundadores do periódico *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* e coautor do *Oxford Text book of Philosophy and Psychiatry*.

partir do campo filosófico original da discussão moral sobre o *valor*. Saindo da ótica consequencialista que privilegia a observação de resultados para a tomada de decisão, Fulford vai recuperar a reflexão a partir da divisão clássica entre *fatos* e *valores*, ponto importante da filosofia moral, que ressurgiu no final do século XX com o impulso que o desenvolvimento tecnológico deu ao debate bioético.

De forma simplificada, devemos iniciar na sua proposta, pelo entendimento de que todos nós baseamos as nossas escolhas a partir de *fatos* e *valores*. O professor nos torna clara a situação ao demonstrar, como exemplo, que ninguém iria se opor ao pronto-atendimento com uma sutura de uma ferida que estivesse sangrando em uma lesão traumática; pois, em cima desse *fato*, sem perceber, todos nós faríamos um juízo de *valor* – de que aquilo tem o risco de comprometer a vida humana e que tal abordagem seria justificada. Nessas situações “tais juízos de valor só agem em segundo plano, pois há quase um acordo universal sobre eles” (FULFORD; DALE; PETROVA, 2006, p.704).

O problema é que o avanço tecnológico e as múltiplas opções disponíveis para o cuidado moderno diminuíram o acordo universal sobre determinados *valores* e aumentaram as distâncias entre as múltiplas possibilidades que esse avanço nos trouxe, numa sociedade cada vez mais heterogênea. Ademais, os autores destacam ainda a postura do paciente como consumidor. Não menos importante, para o caso da Atenção Primária, seria a mudança de foco na assistência sanitária, com maior ênfase se direcionando do tratamento para a prevenção, e da abordagem hospitalar para dentro da comunidade, onde encontramos as mais amplas variações no estilo de vida e de práticas cotidianas (FULFORD; DALE; PETROVA, 2006).

Fulford descreve como a abordagem das teorias sobre o *valor* na prática da medicina já se iniciava ao longo da década de 1990, com as primeiras reflexões da Medicina Baseada em Evidência (MBE). Nesse sentido, um dos princípios propostos seria o compartilhamento de decisões que fossem centradas nos pacientes (EVIDENCE-BASED MEDICINE WORKING GROUP, 1992). Esse avanço na consideração do tema se dará até o destaque sobre a Medicina Baseada em Valor (MBV) refletindo as ideias do texto seminal dos professores Brown, Brown e Sharma, 2000). O relevante esclarecimento teórico de Fulford está na explanação das situações em que devemos considerar distintamente dois pontos: quando estamos lidando com *fatos* – as instâncias para as quais as orientações da MBE seriam uma resposta à crescente complexidade desses fatos relevantes – ou quando estamos lidando com *valores* – nesse ponto, a MBV seria a abordagem também para uma crescente

complexidade, mas dos valores relevantes (FULFORD, 2004).

Fica evidente, ao nos depararmos com esta definição teórica mais precisa, que as demais disposições antes apresentadas consideram como *valor* uma outra composição de dados, que, na verdade, são ainda *fatos*. Ou seja, as concepções de MBV que tratam o *valor* como meta objetiva de resultados estão lidando ainda com *fatos*. Sem partir de princípios, mas ainda observando as consequências, são dados objetivos, de projeção prospectiva a partir de resultados retrospectivos, mas agora tanto clínicos quanto financeiros que estarão dispostos como opção para a escolha de decisões. Esse formato de MBV seria, de um ponto de vista filosoficamente mais teórico, um avanço no ajuste contábil das mesmas métricas técnicas da MBE. E poderíamos ainda observar um agravante: se pensarmos no peso que os custos representam para as medidas de saúde pública, e no reforço epistêmico que essa influência tem sobre os resultados científicos esperados pelos protocolos da MBE, fica a dúvida de qual espaço restaria para as escolhas individuais, ou mesmo de pequenas comunidades, baseadas realmente em seus valores como princípios.

O modelo proposto por Fulford torna-se distintamente evidente na área da psiquiatria, na qual percebemos que as grandes diferenças de abordagem sugerem um caráter pouco científico ao aporte do tratamento psiquiátrico. O autor nos faz perceber que isso se dá justamente pela natureza mais carregada de *valor* da relação entre a saúde mental e o transtorno psíquico. Assim, como

na MBE, nossa primeira ligação é informação objetiva, ou seja, informação o mais livre possível da perspectiva subjetiva particular deste ou daquele indivíduo ou grupo, [...] as informações derivadas de meta-análises de pesquisa de alta qualidade estão no topo da ‘hierarquia de evidências’ (FULFORD, 2004, p. 210).

O que a sua abordagem de MBV traria a esse ponto seria “não a referência a uma regra que prescreve um resultado ‘correto’, mas a processos projetados para apoiar um equilíbrio de perspectivas”, pois os “valores humanos não são, meramente, diferentes, mas legitimamente diferentes” (FULFORD, 2004, p. 210).

No seu rol de princípios da MBV, além da fundamental necessidade de distinção entre *fato* e *valor*, notamos que esses se tornam mais claros justamente nas situações de conflito, que são cada vez mais frequentes com os avanços tecnológicos e de serviços. A legitimidade da perspectiva individual ou de um grupo; a necessidade de aprimoramento da linguagem para a informação adequada dos pacientes e reconhecimento de seus valores pelos profissionais; a abordagem da MBV mais focada no processo do que no resultado; a liberdade para pensar no dissenso e não obrigatoriedade do consenso dão corpo a um modelo

que redefine novamente o foco da decisão. Tal modelo não mais privilegia as deliberações entre clínicos e pesquisadores (CHANG; LEE, 2018), mas centraliza novamente na relação médico-paciente, em uma recuperação original do *ethos* profissional da medicina.

Fulford e seu grupo passam a aplicar o seu método no ensino e na prática a partir do programa implantado no *Warwick Medical School* e demonstram seus próprios modelos de resultados (FULFORD; PEILE; CARROLL, 2012). Neste texto, afirmando que a razão pela qual “as coisas dão errado nas interações entre médico e paciente é uma falha na prática baseada em valores, não uma falha na prática baseada em evidências”, eles seguem sem se deter no controle dos números como guia para os *valores*, nem em “número necessário para tratar”. No lugar disso,

histórias da vida: exemplos de boas práticas na tomada de decisão baseada em valores ilustrados pelas histórias de pessoas individuais - clínicos, pacientes, famílias e outras pessoas - que lidam com as complexidades apresentadas pelas contingências das situações práticas particulares em que se encontram (FULFORD; PEILE; CARROLL, 2012, p.48).

E como que recuperando o enquadramento que aqui fizemos, logo ao abrir o texto, com a premissa de Canguilhem sobre a subjetividade das ciências da saúde, concluem que “a prática essencial baseada em evidências, para parafrasear o título deste livro, é científica e geral. A prática essencial baseada em valores é humana e individual” (FULFORD; PEILE; CARROLL, 2012, p. IX).

No nosso país, ainda enfrentamos dificuldades para estabelecer segurança ao sistema único de saúde – o *SUS* – no tocante à realização plena do que se poderia chamar sua tábua fundamental de princípios, a *universalidade*, a *equidade* e a *integralidade* (ABRASCO, 1985).

Existe certo consenso acerca do impacto geral que a implantação do *SUS* trouxe à melhoria na qualidade da saúde do país, ao longo de seus 30 anos de existência. Do mesmo modo, há concordância com relação às crises financeiras e políticas que conduzem a um subfinanciamento crônico (OCKÉ-REIS, 2012; BAHIA, 2018; BANCO MUNDIAL, 2018). Notadamente, essa situação agravou-se principalmente com as medidas de arrocho fiscal após a crise institucional de 2014, culminando com Emenda Constitucional 95 – EC-95/2016 (MASSUDA et al., 2018; NORONHA et al., 2018; PAIM, 2018).

Muito embora todas as instituições interessadas em direcionar políticas para a melhoria do *SUS* concordem com essas premissas, o crescimento da participação da economia de mercado reforçou a chegada de novas propostas que remodelam diretamente

os fundamentos de *universalidade, integralidade e equidade*. Enquanto o pensamento sanitário trava a luta político-ideológica pela sobrevivência dos princípios que deveriam ser os *valores* a seguir, novos rumos para a gestão da complexidade do sistema se apoiam na visão consequencialista dos resultados – e de uma certa visão desses resultados –, deslocando para a busca de metas a visão de *valores*.

O impacto fez-se notar nas mudanças de recomendações para a Atenção Primária à Saúde, recentemente preconizadas pela Conferência de Astana, em 2018, que teve forte influência da Fundação Rockefeller e do Banco Mundial (GIOVANELLA et al., 2019). Embora a disputa política em nosso meio, entre o modelo de sistema universal (*universal health system-UHS*) versus cobertura universal em saúde (*universal health coverage-UHC*) esteja apenas começando, ele já avança em outros países latino-americanos (GIOVANELLA e al., 2018).

Dentro do escopo dessa investida, o Banco Mundial entrega o seu mais recente relatório às instâncias governamentais: *Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil* (BANCO MUNDIAL, 2018). Em síntese, a ideia apresentada pelo documento revela a busca pela eficiência como um *valor* em si. O documento passa ao largo da questão do subfinanciamento do SUS e do agravamento com a EC-95 e admite tais reajustes sem questionamentos, apontando para a ineficiência no sistema com destaque, mesmo sem apresentar métricas consensuais para essa constatação. Assim, justificam uma ocupação no modelo que reordene a dinâmica de gestão visando a um aumento da eficiência. Esse seria o espaço – *justo, ajustado* como um cinto – para o redesenho de melhoria do desempenho, com o fortalecimento do uso de evidências clínicas, remuneração por desempenho e produtividade, racionalização da oferta pela organização de *porta de entrada* e, ainda, dois pontos relevantes: a recomendação à participação de OSs na gestão da rede pública e a participação de operadoras e planos de saúde na oferta de serviços para a cobertura de atenção primária.

Cabe aqui a mesma pergunta que fizemos ao *porterismo*: como esperar de mais atores envolvidos num processo de ajuste para melhorar a eficiência (um *valor-final*) com redução de gastos se nesse estreito espaço de um sistema estrangulado em seu financiamento ainda introduzimos a participação daqueles que têm como *valor-princípio* a busca pelo excedente e pelo crescimento competitivo?

Logo, a reflexão sobre o *valor*, na forma de princípios, deve preceder, pelo seu caráter ético-político, às escolhas que faremos para uma proposta de finalidade econômica, em que

podemos escolher o melhor caminho para a eficiência.

6 A MEDICINA DE DADOS⁵⁷: O OCASO DA CLÍNICA

“A medicina está prestes a passar por seu maior abalo na história [...] porque, pela primeira vez, podemos digitalizar humanos”.
Eric Topol (2013)

Vamos nos aproximando cada vez mais de nosso tempo presente. A partir das considerações que fizemos em capítulo anterior – sobre o que julgamos ter sido um equívoco epistemológico a postura do Movimento Sanitário frente às ciências médicas e à prática da medicina – passamos pela tentativa de dar uma visão panorâmica das últimas décadas. Desse modo, defendemos a percepção de três momentos caracteristicamente distintos desta prática e da concepção da medicina que serão examinados a seguir. O primeiro é aquele com predomínio do modelo de prática liberal que percorreu o século XX (FREIDSON, 2007). O segundo foi o que sobreveio com as transformações das relações de trabalho e com a chegada do *boom* tecnológico na segunda metade deste século (SCHRAIBER, 1993). Por fim, e o momento especial na virada para o século XXI, que recebeu a implantação da Medicina Baseada em Evidência (MBE) e agora a sua captura pelo movimento da Medicina Baseada em Valor (MBV)⁵⁸.

Deixemos estabelecido, logo de início, o que entendemos ser esse movimento de captura da MBV que descrevemos anteriormente: a abordagem do valor com uma perspectiva consequencialista (PORTER; TEISBERG, 2006), diferentemente da visão principialista outrora adotada (FULFORD, 2004), serve mais aos interesses econômico-administrativos de um modelo de assistência médica agora dominado por novas formas do desenvolvimento do mercado de saúde na economia capitalista, notadamente o modelo financeiro (VIANNA SOBRINHO, 2013; SESTELO, 2018a). A gestão, trazendo para as metas aquilo que estava sedimentado como princípio – o valor – assume o controle, com chancela científica e moral, sobre a condução das decisões e da própria disciplina médica. A gestão corporativa – dos atores que participam do mercado de saúde no qual a medicina é praticada e oferecida como um serviço – une-se e embaralha-se à gestão clínica, num processo de simbiose que não mais os distingue e também não distingue outra possibilidade de valor que não sejam aqueles de caráter objetivo que vão compor as metas clínico-

⁵⁷ Esse capítulo foi aceito para publicação no livro *Caminhos da Bioética. Vol.2* – Organizado por Castro, J. C. e Niemeyer-Guimarães, M. Teresópolis: Editora Unifeso, 2019.

⁵⁸ Ver segundo capítulo desta tese; texto que foi parcialmente reproduzido em: VIANNA SOBRINHO, L. **Saúde baseada em valor: custo, qualidade e satisfação do paciente**. In: ÓCKE-REIS, C (Org.). **SUS: valor, efetividade e saúde**. OPAS/PAHO (no prelo)

financeiras de médicos e gestores.

Nesse ponto, torna-se fundamental, para que tudo se adeque à liquidez e fluidez da cultura do capitalismo financeiro (GRÜN 2013), numa única linguagem que possibilite a dinâmica dos processos dessa gestão clínico-financeira dos resultados médicos, que adotemos uma única matriz básica para compor todos esses processos – como uma *arché*, aos moldes do que buscava a filosofia pré-socrática (ABBAGNANO, 1994). E esse ponto em comum para a gestão financeira e a nova medicina subordinada à lógica do valor é o dado. O dado, como uma única estrutura objetiva – a partir da nova leitura das ciências médicas no contexto da revolução que a tecnologia de informação (TI) e a inteligência artificial (IA) anunciam (TOPOL, 2013) – que possa transitar sem perdas ou impedimentos, diretamente das raias da gestão corporativa até os processos correlatos na gestão clínica.

A Medicina Baseada em Valor será o modelo de gestão a ser desenvolvido, apoiado na inovação da medicina dentro da perspectiva econômica do capitalismo financeiro, a partir da substituição de todo o referencial anatomopatológico que fundamenta ontologicamente a medicina do nosso tempo pelo *dado* científico – e subsunção deste ao *dado* geral do sistema.

6.1 O NASCIMENTO DA CLÍNICA

Para a medicina científica moderna, em todas as fases de que tratamos até agora, a clínica permanece como a sua marca temporal.

Por estar fora do escopo deste trabalho, dispensaremos uma revisão histórica das concepções anteriores de modelos epistemológicos para a prática médica. Como necessidade central para o nosso argumento, principiamos pelo “comentário” de Foucault ao modelo de medicina que chegou até os nossos dias, e que será assim a nossa marca. “A medicina moderna fixou sua própria data de nascimento em torno dos últimos anos do século XVIII” (FOUCAULT, 2004, p.18). A medicina estruturada a partir da clínica, um modo propedêutico, por assim dizer, de ligação do médico ao paciente em busca dos achados referentes à patologia, estando esta sediada na anatomia. Este será o modelo que seguirá pela modernidade até o nosso tempo.

O que vem a ser *clínica*... certamente que não podemos ficar restritos à clássica interpretação etimológica do termo, cuja definição se refere apenas à ação de se inclinar para

o paciente⁵⁹. Nesse sentido, clinicar estaria relacionada à complexidade de um conjunto de técnicas de auscultar, tocar, percutir, cheirar, palpar, pressionar, observar, olhar, mas sobretudo para traduzir estes signos (BERLINCK, 2008). Podemos dizer que a técnica semiológica será tão fundamental para a descoberta verdadeira do problema médico, que faz parte e propriamente compõe a construção do conhecimento e raciocínio clínico para o pensamento da moléstia. Essa sensibilidade que vai sendo ensinada, treinada e exercitada na prática da medicina é parte integrante e fundamental na construção do seu resultado imediato, que é o juízo clínico. Devemos deixar esse ponto bem claro, pois será imprescindível para que se entenda o que propriamente estava nascendo como *clínica*; um modelo de ação que definia um modelo de pensar. Em outras palavras, o raciocínio clínico é definido pela conformação das particularidades do ato clínico, da prática clínica – a forma como o médico aborda o paciente em busca dos sinais e sintomas das patologias.

Esse modelo que se instaura a partir das transformações do Iluminismo nas ciências dos séculos XVIII e XIX vai nos estabelecer, nas palavras de Foucault (2004), uma conformação de uma nova estética. Sairemos do método anterior do “olhar do intelecto”, de reflexão sobre a “pureza não modificável das essências”, das entidades nosológicas, para um “olhar da sensibilidade concreta, um olhar que vai de corpo em corpo, cujo trajeto inteiro se situa no espaço da manifestação sensível. Para a clínica, toda verdade é verdade sensível” (FOUCAULT, 2004, p.63).

O modelo epistêmico baseado nessa nova estética vai depender e definir – pois é importante notar como ele assim nos sinaliza o que são as prescrições de “regras para o exercício” – um *ethos* médico que se caracterizará daqui em diante notadamente por esse próprio apuro. A arte médica será a da sensibilidade de perscrutar no corpo, nas suas possibilidades de expor os sintomas, um conjunto de signos e de inseri-los no modelo hipotético-dedutivo da racionalidade da clínica.

Fica-nos muito claro como esse modo permanece ao longo de todo o século XX, apesar de toda a transformação da prática liberal, da evolução tecnológica e da radicalização dos controles da gestão, mesmo com a perda da autonomia a que já nos referimos anteriormente. Ainda permanece como núcleo duro, sob qualquer análise ou enfoque epistêmico, a estrutura da anatomia-patológica como a base para o conhecimento da doença;

⁵⁹A *clínica* é, em sua origem, uma atividade que se exerce junto ao paciente acamado – *klinike*, em grego. Ver em: ONLINE ETYMOLOGY DICTIONARY. Disponível em: <<https://www.etymonline.com/>>. Acesso em: 20 ago. 2019.

ainda um mesmo paradigma para uma medicina que evolui historicamente.

Essa permanência é admitida mesmo por Foucault, em palestra em nosso meio, já na década de 1970⁶⁰. Ele reafirma os quatro maiores processos que estruturaram a medicina a partir das décadas finais do século XVIII: a autoridade médica, não só como vinculada ao saber, mas como uma autoridade incorporada de poder do Estado, uma autoridade social; a transformação do papel do hospital, como *locus* paradigmático para o ensino e prática da medicina, cada vez mais uma prática coletiva; o surgimento de um espaço para a intervenção da medicina, além da doença, como o ar, os esgotos, os terrenos, enfim o que hoje tratamos como saúde ambiental; e, por fim, o início da gestão médica, com a chegada de mecanismos de controle e estatísticas de dados (FOUCAULT, 2010).

E passa, então, a demonstrar como uma nova característica o fato dessa medicina moderna não ter mais “campo exterior”, no que Foucault vai explicitar como medicalização da sociedade no seu conceito de “economia política da medicina” (FOUCAULT, 2010). Entretanto, Foucault (1979) admite que esse fenômeno não seja totalmente recente, já tendo sido amplamente explanado na análise dos modelos de controle social da medicina de Estado nos séculos XVIII e XIX, principalmente no que tange à economia, para a manutenção e reprodução da força de trabalho. Agora, já estaríamos falando na capacidade da medicina, por si, de produzir diretamente riqueza pelo fato de a saúde ser algo que relacione o desejo de uns com o interesse de lucro de outros. Nas palavras de Foucault:

Tendo-se convertido em objeto de consumo que pode ser produzido por uns — laboratórios farmacêuticos, médicos etc. — e consumido por outros — os doentes potenciais e atuais —, a saúde adquiriu importância econômica e se introduziu no mercado. (FOUCAULT 2010, p.188)

Nessa palestra, vemos que, já inserido em nosso tempo, ele volta a reafirmar a questão central da base epistêmica da medicina moderna como sendo a inscrição anatomopatológica da doença, mas amplia seu arcabouço de atuação, expandindo o campo da medicina para além do corpo e da própria questão específica da doença, para assumir a prevenção e controle das anomalias e do normal. Como um vaticínio para os nossos tempos, talvez ele tenha nos deixado um alerta ao dizer que “desde o momento em que o corpo humano entra no mercado por intermédio do consumo de saúde, aparecem vários fenômenos que causam disfunções no sistema da saúde e da medicina contemporânea” (FOUCAULT, 2010, p.188). Em uma fala claramente direcionada a Illich e aos que pregavam a

⁶⁰ Essa conferência de Michel Foucault foi ministrada no ano de 1974, no Instituto de Medicina Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sendo transcrita e publicada originalmente em espanhol (FOUCAULT, 1976).

“antimedicina” (como de fato intitula-se o próprio artigo), o que atribui a um ingênuo “bucolismo”, Foucault nos deixa com a tarefa de compreender como o modelo de desenvolvimento econômico europeu do século XVIII e XIX determina o modelo de medicina europeia que herdamos,

que a medicina faz parte de um sistema histórico; que ela não é uma ciência pura; que faz parte de um sistema econômico e de um sistema de poder; e que é necessário trazer à luz os vínculos entre a medicina, a economia, o poder e a sociedade para determinar em que medida é possível retificar ou aplicar este modelo” (FOUCAULT, 2010, p.193).

O que nos ocorre, então, como instrumento propedêutico dessa medicina contemporânea, que agora abarca toda a sociedade? Como ainda considerar a *clínica* – aquela responsável por perscrutar e investigar os corpos – como capaz de dar conta de uma medicina que se estendeu para além desses corpos? Onde está a doença da medicina contemporânea? Será a *clínica* ainda suficiente e o que caracteriza a formação e a ação médica?

6.2 A CLÍNICA E A DOENÇA

As práticas médica e das demais instâncias sanitárias vêm de longa data sendo questionadas e comentadas frequentemente a partir de um pressuposto enquadramento que depende das definições e concepções de saúde e doença. Diretamente, desde a sua própria definição, a medicina, como “a arte de curar” – da forma verbal do latim *mederi*⁶¹ – será direcionada para a doença, ou para trazer de volta a saúde. Essa disposição ou necessidade de atuação, especificamente para o médico, torna necessária uma concepção teórica do que seria a doença, para que se justifique moral e socialmente o seu campo de ação.

A questão a ser definida, no entanto, o que consideramos doença e saúde, passa a ser o ponto de maior dificuldade. E as variações que ora encontramos nos demonstram que não se trata apenas de uma questão de evolução científica ou tecnológica.

Doença, desordem, moléstias são termos que muitas vezes empregamos de forma genérica e quanto mais os admitimos em aspectos similares próximos do senso comum, mais dificuldade teremos em questionar os excessos da medicalização da nossa vida social. Logo,

⁶¹ Ver ONLINE ETYMOLOGY DICTIONARY. Disponível em: <<https://www.etymonline.com/>>. Acesso em 20 ago. 2019.

torna-se necessário um exame mais cuidadoso do conceito. Por outro lado, a saúde, da mesma forma, é admitida quase que naturalmente como uma abstração, acomodando-se sua definição na forma negativa da ‘ausência de doença’. No entanto, a sua materialização e objetivação mais recente, a partir do desenvolvimento crescente da cultura de prevenção e da política de risco, praticamente tornaram os limites mais confusos e, por vezes, mesmo contraditórios (SKRABANEK, 1994; CASTIEL; DIAZ, 2007; CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010).

Para além de definições mais primitivas e antigas do conceito de doença, a medicina da modernidade se estabelece e atravessa o século XX com uma variada referência à *norma*. A medicina passa a entender a doença com vários olhares sobre uma normatividade alterada, seja através de desvios, seja a partir da reatividade do nosso próprio corpo (CANGUILHEM, 2002). O equilíbrio que encontramos na nossa fisiologia contrapõe-se ao desequilíbrio das reações aos danos que observamos nas agressões por agentes externos, nas anomalias de ordem genética, nos ferimentos e nas desordens funcionais causadas pela grande maioria das enfermidades. O que nos desvia da norma, sob o olhar da medicina contemporânea, grosso modo nos conduz ao estudo da fisiopatologia – no substrato da anatomia-patológica.

De alguma forma, nesse sentido, fica quase impossível definir as doenças se não passarmos antes pelos parâmetros e exemplos de uma constituição dada como normal, seja ela anatômica (no fenótipo, tissular ou genética) seja funcional. Assim, num argumento circular, estaríamos de volta a um conceito de normalidade da saúde que traria dificuldades de enquadramento e questionamentos em situações diversas. Um essencialismo posto assim, conseqüentemente nos confrontaria visões em torno de uma concepção naturalista, estritamente biológica da doença, com aquelas mais valorativas e cambiantes, de caráter normativista.

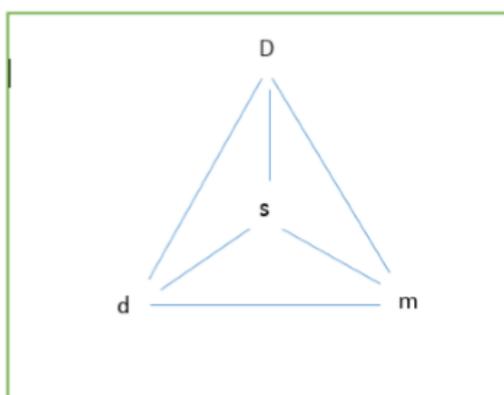
Em extensa revisão sobre o tema em nosso meio⁶², Hegenberg (1998) nos introduz ao debate dos enfoques mais contemporâneos das concepções de doença.

Antes mesmo de uma excelente revisão da evolução e transformação deste conceito

⁶²Notadamente, o texto de Leonidas Hegenberg – *Doença, um estudo filosófico* – publicado em 1998 pela Editora Fiocruz, aparentemente passa ‘em branco’ pelo pensamento acadêmico da nossa medicina sanitária, apesar de apresentar uma valiosa e rigorosa revisão das concepções de doença e saúde, desde a antiguidade até os enfoques mais atuais. As teorias de Christopher Boorse, Karl Rothschild, Caroline Whitbeck e Sadegh-Zadeh são discutidas e comparadas minuciosamente em suas especificidades. Podemos pensar que, aparentemente, ainda predomina a revisão crítica normativa da concepção de Canguilhem. Isso pode ser percebido pela publicação, mesmo anos mais tarde, de outra revisão em artigo mais conciso, de uma de nossas escolas de saúde coletiva, cuja concepção da Teoria Bioestatística de Boorse é apresentada como inédita e desconhecida no nosso meio acadêmico (ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2004).

ao longo da história da filosofia e da medicina, o autor nos apresenta a imagem que Karl Rothschuh propõe para a estrutura relacional complexa que a caracterização da doença necessita (HEGENBERG, 1998). Em um diagrama na forma clássica do tetraedro (Figura 4), na base triangular teríamos o doente (d), o médico (m) e a sociedade (s). No ápice desta pirâmide triangular teríamos a doença (D).

Figura 4 – Estrutura relacional da doença de Hegenberg



Fonte: Adaptado de Hegenberg (1998)

Comentando a imagem de Rothschuh, ele passa ao entendimento de que a doença se dispõe inescapavelmente em uma relação de complexidade entre aquele que necessita de ajuda, que é o *doente*, e o *médico*, mas também com a *sociedade*. Nesse sentido, necessidades subjetivas, sociais e clínicas terão influências físicas, psíquicas ou psicofísicas. E os resultados podem advir da complexa rede de possibilidades da relação do doente com o médico, do doente com a sociedade em que vive, do médico com esta sociedade e até mesmo do doente consigo mesmo, a partir do momento em que se coloca na condição doentia⁶³. As possibilidades de conflitos elencados pelo autor nesse ponto nos deixa clara a dimensão do problema, como a redefinição da autonomia do doente, a permanência exacerbada do poder médico, a chegada constante de novas tecnologias e a quase que onipresença do interesse em retirada de lucro no sistema econômico em que se insere a medicina e as questões da saúde (HEGENBERG, 1998).

No entanto, embora isso não tenha sido explorado de forma direta nesse texto por Hegenberg, gostaríamos ainda de utilizar o mesmo diagrama para uma importante observação; até mesmo essencial para a discussão que ora nos propomos.

O que pode também ser demonstrado nesse esquema de inter-relações complexas é

⁶³Sobre esta última já chamava a atenção o clássico comentário de Talcott Parsons (FREIDSON, 2007).

que talvez fosse mais prudente de nossa parte admitir que coexistem, ao mesmo tempo, concepções de doença que são distintas e inconciliáveis. Não porque haja conceitos distintos para autores mais ligados ao modelo naturalista da *Teoria Bioestatística* de Boorse (SCHRAMME, 2014) ou que o critiquem (ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2004; WAKEFIELD, 2014), ou ao normativismo de Nordenfelt e outras propostas teóricas (HEGENBERG, 1998; KINGMA, 2014). Mas o que esse diagrama, de forma bem clara, nos alerta é que os modelos de doença discutidos pelos filósofos da medicina estarão inseridos em uma concepção de medicina teórica e a falta de um mesmo conceito unívoco de doença terá consequências já na concepção teórica da medicina (nesse ponto concordamos com Hegenberg). No entanto, para além deste ponto, devemos também atentar para o fato de que a medicina prática nunca fora restrita a um único modelo e ainda hoje assim permanece.

Se observarmos a evolução da medicina em seus tempos e lócus de atuação descritos por Foucault, desde os séculos XVI e XVII, até o formato propriamente moderno, na passagem do século XVIII ao XIX, veremos que a espacialização do hospital se torna característica para o modelo como um todo e predomina na atenção coletiva, mas permanecerá vigente a medicina do atendimento domiciliar nas práticas privadas (FOUCAULT, 1979; 2004). Ou seja, apesar de um novo modelo, o arranjo entre médicos e pacientes em vários momentos responde a outras influências.

A aceitação de situações como a presença de doença em indivíduos saudáveis, o caso da soropositividade para o HIV, anomalias anatômicas sem disfunções como o *situs inversus*, mutações genéticas benignas ou mesmo protetoras⁶⁴ além de figurarem como contraexemplo na disputa entre teorias filosóficas (WAKEFIELD, 2014), permanecem com a possibilidade de diferentes leituras entre médico e paciente. Hegenberg (1998) nos atenta ao fato de que há cem anos ninguém se dedicaria a consertar uma dentição torta. Isso também ocorre com mudanças recentes, como a exclusão da homossexualidade do Código Internacional de Doenças pela OMS na década de 1990⁶⁵ e os recentes embates políticos em nosso país para a sua reinclusão no rol de patologias a serem abordadas pelos psicólogos, com a perspectiva de cura (RIOS et al., 2017).

Outro ponto importante se dá na área da saúde mental, na qual a posição privilegiada do sujeito não só na figura de um presumido doente, mas também como o campo da doença,

⁶⁴ Para estender o debate sobre esse ponto, observar os trabalhos recentes que revigoram o conceito de eugenia (MUKHERJEE, 2018).

⁶⁵ Ver CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2014/05mai_16_lgbt.html>. Acesso em 12 ago. 2019.

deixa a este indivíduo quase que um domínio sobre a presença ou não do que se possa definir como patológico. Quanto ao médico, percebemos que a natureza específica do transtorno mental traz a este uma clara dificuldade em definir seu limite ontológico, justamente pela não adequação em inseri-lo plenamente no modelo vigente da anatomia-patológica – apesar de todo o esforço em se neurologizar a mente (AMARANTE, 1997; BEZERRA JÚNIOR, 2007; GAUDENZI, 2014). Não é à toa que Boorse deixa reservas quanto à aplicação do seu modelo nesse campo (BOORSE, 1977).

Na medicina prática, então, mirando esse diagrama, vemos que o ‘s’ de sociedade deve cada vez mais se sobrepor como balizador para os interesses dos doentes, como indivíduos de crescente autonomia. Uma autonomia que surge na expectativa de empoderamento para direitos, mas que também se torna propícia a ser explorada para o consumo. Igual força temos assistido no controle da atividade médica, pelos mecanismos de gestão e condução da economia da saúde (VIANNA SOBRINHO, prelo). Em ambos os lados, as transformações no modelo econômico que se desenvolveu nas últimas décadas vêm influenciando cada vez mais a concepção de saúde e doença, assim como a de cuidado e consumo.

Ou seja, o diagrama pode também nos demonstrar que, para além do dissenso teórico entre os filósofos sobre o conceito de doença – com consequências na medicina teórica, talvez os médicos tenham seu próprio conceito de doença, que, por sua vez, se distingue também do conceito de doença dos pacientes. Apesar de toda a determinação que o debate filosófico empenha para acomodar casos e exceções de anomalias... e disfunções... e deficiências... e desvios, num modelo teórico de doença que não tenha arestas, na medicina prática o arranjo de concepções ocorrerá certamente nos acertos sociais entre os médicos e a sociedade, ou os doentes. A cultura vigente poderá conduzir a concepção de médicos e pacientes para um lado mais subjetivo se predominarem os interesses dos pacientes guiados, por exemplo, por desejos estéticos. Tamanhos de mamas e pálpebras, ou alterações no formato do nariz podem entrar no âmbito da atuação da intervenção médica sem preencherem os critérios definidos por Boorse para o conceito de *disease* – ou patologia, em definição teórica – por não apresentarem anormalidade cientificamente objetiva nem alteração funcional. No entanto, poderiam já ser aceitos como *illness* – o conceito mais subjetivo de enfermidade – pela própria caracterização de possível sofrimento e inadequação social que conduz milhares de indivíduos à cirurgia estética; nesse ponto estaríamos caracterizando a diferença entre os conceitos teóricos e práticos da medicina (BOORSE,

2014).

Assim, também podemos observar como as recentes transformações práticas advindas da MBV, com o enquadramento terapêutico de um paciente individual em um modelo pré-estabelecido por métricas de eficiência retiradas de experiências em grupos populacionais, responde a um enfoque totalmente objetivo (VIANNA SOBRINHO, prelo). E justamente nesse ponto é que discordamos da percepção de Almeida Filho e Jucá (2004), pois consideram paradoxal a postura do naturalismo de Boorse, que defende como essenciais somente a biologia e a patologia, como base teórica para a conceituação de saúde-doença. Na opinião desses autores, esse tipo de naturalismo estaria em discordância com as formas históricas de naturalismo na medicina, francamente apoiadas na atividade clínica; o modelo de Boorse, ao contrário, desloca a fonte de referência de eficácia da biomedicina para a demonstração experimental e seria mais adequado às fundamentações da MBE (ALMEIDA FILHO; JUCÁ 2004). Percebemos que a opção desses autores, sendo críticos também ao próprio modelo de biomedicina, se direciona a uma abordagem mais normativista e penetrável por conceitos de doença com “componentes não-físicos, não-químicos e não-biológicos” (ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2004, p.887). Embora não julguemos aqui a crítica desses autores pelo mérito filosófico⁶⁶ de cada linha teórica, ressaltamos que foi justamente a congruência do naturalismo “a la Boorse” ao desenvolvimento da MBE e da MBV que manteve o vigor de sua teoria até os nossos dias (SCHRAMME, 2014; HAUSMAN, 2014; MATTHEWSON; GRIFFITHS, 2017). E esse é um ponto fundamental para seguirmos em nossa demonstração.

Para o filósofo Paul Ricoeur, em reflexão do final do século XX sobre a medicina, o primeiro dos três paradoxos do contrato de relação entre o médico e o paciente se deve ao fato de que “a pessoa humana não é uma coisa e, todavia, o seu corpo é uma parte da natureza física observável” (RICOUER, 2010, p.15).

Dentro dessa perspectiva de uma inescapável realidade biológica subjacente, serão as duas principais categorias do naturalismo de Boorse que pensamos apoiar a concepção da relação saúde-doença para a medicina atual: o funcionamento biológico normal; e a noção de normalidade estatística. Esse funcionamento normal que caracteriza cada ser vivo em seu desenvolvimento pleno e que a ciência médica utilizaria para o balizamento do saudável; e isso em acordo com a normalidade estatística de cada classe de referências biológicas,

⁶⁶ E que pensamos esteja mais influenciado por um viés ideológico de política sanitária, como já discutimos em outro texto (VIANNA SOBRINHO, 2018).

buscando uma “organização funcional interna de uma estrutura fisiológica” que garanta a sobrevivência individual e a reprodução da espécie (BOORSE, 1977).

Em contraponto a essa concepção, poderíamos citar as posições normativistas de autores como Fulford (1994), Engelhardt (ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2004) e Nordenfeld (GAUDENZI, 2016), muito mais propícias a uma aproximação de valores, em que a definição de saúde e doença é necessariamente valorativa e a demarcação entre o normal e o patológico necessitará de um juízo normativo sobre a condição do indivíduo. Nesses termos, devemos comentar novamente, foi concebido um novo modelo epistêmico para a medicina por Fulford (2004), posteriormente denominado *Prática Baseada em Valor* (FULFORD; PEILE; CARROLL, 2012).

Quase que em um embate de matriz axiológica, no entanto, as ideias de Fulford encontram-se em posição diametralmente oposta à concepção de *Medicina Baseada em Valor*, desenvolvida na mesma época, e adotada pela medicina norte-americana, com grande difusão mundial nas últimas década (PORTER; TEISBERG, 2006; PORTER, 2010). O ponto principal que difere neste modelo deve-se a um enfoque gerencial consequencialista do conceito de valor, tendo como meta as métricas de eficiência do custo-efetividade na prática da medicina. Como a participação da saúde na economia mundial atingiu um patamar nunca visto e o sistema econômico vigente reflete na cultura social (GRÜN, 2013), a concepção de MBV de Porter avançou nas últimas décadas, principalmente onde há maior participação da visão de mercado (VIANNA SOBRINHO, prelo). Nesse ponto, os dois outros paradoxos de Ricoeur poderiam ilustrar a situação atual da realidade na qual se insere a medicina: primeiramente, que “a pessoa não é uma mercadoria, nem a medicina um comércio, mas a medicina tem um preço e tem custos para a sociedade”; e, por fim, que “o sofrimento é privado, mas a saúde é pública” (RICOUER, 2010, p.15).

Logo, a medicina atual, mais do que nunca, terá de ajustar seus critérios de saúde e doença para um modelo que possa ser aplicado e verificado na sua quantificação objetiva. O esquema nosológico de Boorse nos parece perfeito para a adequação teórica da doença na MBV. Estaremos, assim, chegando ao fim da validade do axioma valorativo de Canguilhem, quando definia que “é a própria vida, [...] que introduz na consciência humana as categorias de saúde e doença. Essas categorias são biologicamente técnicas e subjetivas e não biologicamente científicas e objetivas” (CANGUILHEM, 2002, p.171).

Para além do que já foi possível ao médico atingir no domínio da medicina, para além do que se consiga adicionar de valor advindo do sujeito e seu entorno, a ciência médica e a

gestão estão muito próximas de um domínio autônomo da medicina, já que esta está cada vez mais próxima de se tornar totalmente objetiva.

E para que um dia um expoente da medicina contemporânea diga que chegou a hora de digitalizar humanos, será necessário que a medicina seja de *dados*.

6.3 A MEDICINA DE DADOS

Há pouco mais de meio século, a filósofa Hannah Arendt, em livro considerado sua principal obra, nos dá um tratamento peculiar sobre os perigos que rondam a condição humana (ARENDR, 2004). A autora deixa como tese central o fato de que pensar nesta condição, nesse momento da história, justamente se devia à possibilidade de se vislumbrar que esta estivesse ameaçada.

Já no impressionante prefácio desse texto, ao apresentar o esforço da ciência de sua época em “tornar artificial a própria vida”, Arendt nos aponta três sinais históricos que a fizeram desenvolver essa hipótese. O primeiro seria o desejo de sair da Terra, manifesto nas comemorações e comentários na imprensa após o lançamento e permanência em órbita do primeiro satélite artificial. O segundo seria o anseio de interferir no nascimento, a partir da tentativa de criar a vida em uma proveta, com a possibilidade “de produzir seres humanos superiores”; e, por fim, a esperança de se prolongar a vida para além de cem anos. Esses aspectos de nossa vida, o nascimento, a morte e o nosso mundo, são as heranças seculares que recebemos e que marcam profundamente o que é a nossa condição, e que desejamos trocar por algo “produzido por nós mesmos” (ARENDR, 2004, p.10).

Hoje, a fundamental questão do nascimento, sob o ponto de vista em que primeiramente foi abordado esse problema pela filósofa, nos parece uma questão trivial. A inseminação artificial tornou-se uma prática corriqueira e o termo ‘fertilização *in vitro*’, ou o eufemismo ‘reprodução assistida’, tornaram mais elástica a aceitação do método desenvolvido pela ciência e já amplamente difundido em nossa sociedade⁶⁷.

A melhoria das condições de vida pelo avanço sanitário do mundo urbanizado da segunda metade do século XX e as descobertas de novas tecnologias farmacológicas e terapêuticas deste mesmo período catapultaram a expectativa de vida para a proximidade do

⁶⁷Interessante comparar os termos em que são apresentadas e se diferenciam a antiga Sociedade Brasileira de Reprodução Humana e a mais recentemente criada Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida. Disponíveis, respectivamente, em: <<https://www.sbrh.org.br/>> e <<https://sbra.com.br/>>. Acesso em: 15 ago. 2019.

centenário nos países mais desenvolvidos. No entanto, a busca da imortalidade, ou pela vida além dos cem anos, tem conduzido a processos questionáveis na medicina ao final da vida (CAMARGOS, 2017; SALES JÚNIOR, 2017) e na própria aplicação de métodos científicos questionáveis sobre o que pode ser a nossa morte⁶⁸.

Mas já há discussões que vão além, como a possibilidade de técnicas terapêuticas a partir da manipulação genética que ultrapassam os limites de segurança (CYRANOSKI; REARDON, 2015)⁶⁹ e outras que intencionalmente retornam ao eterno e requeitado tema da eugenia (SAVULESCU, 2001; MUKHERJEE, 2018). No plano teórico-filosófico, como fica claro e evidente em seu próprio termo, o transhumanismo já trata de outra espécie, em outras condições (BOSTROM, 2004; VILAÇA; PALMA, 2012).

No entanto, se recuperarmos o argumento central de Arendt à época da redação deste texto, vamos perceber que ele se inicia pelo espanto com a reação e os comentários relativos ao lançamento do primeiro satélite artificial colocado em órbita pelo homem. Deixar a terra passa a ser uma das principais metas que a ciência aponta à humanidade e que, para Arendt, abalaria um dos fundamentos da nossa condição humana. A declaração que a assusta demonstra alívio ante o “primeiro passo para libertar o homem de sua prisão na terra”. E ela atenta para o fato de que, embora banal, a frase é extraordinária, pois “ninguém na história da humanidade jamais havia concebido a terra como prisão para o corpo dos homens” (ARENDRT, 2004, p.9).

E para onde foi esse desejo dos homens, da tecnociência do século XX, de deixar a Terra?

Após as primeiras décadas preenchendo nossa órbita com satélites de todos os tipos e as sucessivas missões tripuladas à lua, e de exploração robótica a outros, o homem consegue atingir os limites do sistema solar mapeando sua anatomia. Uma realização comparada sempre às viagens do tempo do descobrimento; para alguns, uma façanha de tamanha complexidade, que fugiria ao leigo a dimensão deste feito (SAGAN, 1996). Mas poderíamos ainda comentar que a humanidade em geral continua almejando sair da Terra? Assim como se cumpriram outros avanços da ciência em relação ao nascimento e morte, como a fecundação em provetas e o manejo genético ou de moléculas oxidantes para uma

⁶⁸Entre inúmeras outras tentativas e buscas de eternidade, recentemente um milionário do Vale do Silício, Sam Altman, inovou ao anunciar que aguarda na fila de clientes de uma nova empresa chamada Nectome, que promete carregar o conteúdo de seu cérebro em um computador, para que sua consciência possa viver depois que ele morrer (RICHARDS, 2018).

⁶⁹E os limites seguros, por fim, já foram ultrapassados (VIANNA SOBRINHO, 2018).

vida longa, podemos ainda dizer que os homens querem deixar a Terra? Desistimos desse desejo? Ou já estamos deixando este mundo?

Sessenta anos após este sintoma anunciado por Arendt, o especialista e teórico de mídia Douglas Rushkoff (2018)⁷⁰ nos conta uma história que seria assustadora para a filósofa, mesmo que somente pela sua possibilidade no imaginário ficcional.

Convidado para fazer uma conferência sobre o futuro da tecnologia num *resort* superluxuoso, se surpreende ao ser recebido em uma sala reservada, onde falará para apenas seis multimilionários do sistema financeiro. Após perguntas introdutórias sobre as tecnologias disponíveis, Rushkoff (2018) entendeu o que aquela pequena plateia queria saber naquela reunião, ao ouvir de um deles como deveriam se preparar para “o evento”.

O “evento”, nos explica Rushkoff (2018), foi o eufemismo utilizado por seus cínicos interlocutores para designar o momento em que, nesse mundo já sem solução, “o desastre ambiental, a agitação social, a explosão nuclear, o vírus incontrolável ou os hackers-robôs destruirão a tudo”. Além de dúvidas de cunho prático operacional – como a questão do dinheiro digital, sem valor, para o pagamento de guardas ou robôs que protegerão seus refúgios – a questão central da sua entrevista passou a gravitar em torno da utopia pós-humana. Em nenhum momento houve qualquer alusão às possibilidades que a tecnologia poderia oferecer na resolução de questões centrais da humanidade; nada sobre as mudanças climáticas, ou o aumento do nível do mar, as migrações em massa, as pandemias globais, ou o esgotamento de recursos. Interessados em temas como a viabilidade de se colonizar Marte, de se frear e reverter os processos de envelhecimento e, por fim, a verdadeira e real possibilidade de transferir suas mentes para supercomputadores, o que ali se desejava era saber como “transcender inteiramente a condição humana” e, para isso, toda a revolução do mundo digital e “o futuro da tecnologia tem a ver com uma única coisa: escapar” (RUSHKOFF, 2018).

Percebemos então que, mais ainda do que controlar o nascimento com técnicas artificiais, ou dominar os processos de envelhecimento para retardar a qualquer custo a morte, a humanidade conseguiu mais precocemente cumprir a promessa de sair da Terra⁷¹. Não da forma como se esperava, em roupas especiais, com potentes foguetes, com imenso

⁷⁰Douglas Mark Rushkoff é professor de Teoria Midiática e Economia Digital da *City University of New York, Queens College*. Ensaísta e novelista, escreveu mais de uma dezena de livros sobre comunicação e economia no mundo digital.

⁷¹No que poderíamos repetir sua previsão de Hannah Arendt.

custo de energia para vencer uma poderosa atração que tenta nos trazer de volta, possível apenas para uns ou outros que conquistariam esse privilégio; mas em uma nova roupagem do real, de forma contínua e ubíqua, utilizando pequeninos dispositivos, que nos mantêm conectados e ampliados para a sensação de universalidade, de modo que todos permanecem nesse espaço.

É assim que saímos da Terra; mas, como nos adverte Rushkoff, em total consonância com o texto de Hannah Arendt:

É menos uma visão da migração da humanidade para um novo estado do ser do que uma busca de transcender tudo o que é humano: corpo, interdependência, compaixão, vulnerabilidade, complexidade. Como filósofos da tecnologia vêm apontando há anos, a visão transhumanista reduz muito facilmente toda a realidade a dados, concluindo que **humanos não passam de objetos processadores de informação** (RUSHKOFF, 2018, grifo nosso)

A reflexão que nos traz esse autor sobre as previsões que a filósofa nos alertava há pouco mais de meio século nos resume de forma concisa e suficiente o que milhares de textos, de dezenas de autores, já disseram sobre a chegada da transformação digital ao mundo humano.

Os termos que se sucederam durante as últimas décadas para descrever a singularidade desse fenômeno estão bem representados no título que dá ao seu livro, em 2012, o médico Eric Topol, ao apresentar a nova medicina que se anuncia: *A destruição criativa da medicina: como a revolução digital criará um melhor cuidado de saúde* (TOPOL, 2013).

Eminente cardiologista norte-americano desde as décadas de 1980 e 1990, líder no desenvolvimento e ensino relacionado ao estrondoso avanço desta especialidade e de técnicas intervencionistas (TOPOL, 1999, 2004c), com intensa publicação de sua produção de pesquisa, Topol foi uma das grandes referências profissionais, estando à frente da renomada *Cleveland Clinic* por mais de uma década. Após envolver-se em uma disputa com o poderoso laboratório farmacêutico Merck, denunciando os riscos cardiovasculares de um de seus produtos mais lucrativos⁷² – o anti-inflamatório celecoxibe (Vioxx®) – acaba sendo obrigado a deixar a instituição. Mas, voltando-se ao modelo de medicina de precisão ou individualizada, francamente baseado no ramo de pesquisa que passa a se dedicar, a genômica⁷³, desponta novamente como um dos mais influentes pesquisadores das ciências

⁷²A disputa destituiu Eric Topol do cargo de reitor da *Cleveland Clinic Lerner College of Medicine*, fundada por ele anos antes (TOPOL, 2004a, 2004b).

⁷³Disponível em: <https://www.scripps.org/news_items/2854-noted-cardiologist-eric-j-topol-comes-to-scripps>. Acesso em: 15 mar. 2019.

médicas de seu tempo (ROBINS, 2012).

E são os principais dirigentes da indústria farmacêutica (*Gilead, Sanofi*), da vanguarda da genômica e biologia (*Craig Venture Institute, Salk Institute*), da indústria de insumos tecnológicos e *gadgets* (*Qualcomm, General Eletric, Philips Healthcare, Medtronic*), do mercado de seguros de saúde (UHG) e de importantes centros acadêmicos (*Harvard, Duke, Columbia*) que compartilham um prefácio, saudando a boa nova apresentada por Topol como a disrupção necessária à medicina⁷⁴.

O autor abre o seu texto apropriadamente explicando o conceito de ‘destruição criativa’, retirado da obra do economista austríaco Joseph Schumpeter, para ilustrar a transformação que acompanhará esta radical inovação. E conseguimos recolher, em três curtos parágrafos, três sentenças que reunidas apontam para o argumento principal: “A medicina está prestes a passar pelo seu maior abalo na história. [...] E você, o consumidor, será necessário para que isso aconteça. [...] É porque, pela primeira vez na história, podemos digitalizar humanos” (TOPOL, 2013, p.13).

Talvez essa afirmação de impacto faça parte da estratégia do autor de iniciar o texto destruindo criativamente o conceito de humano que até aqui possuímos. Talvez não. Pode ser que a afirmação de digitalização do humano, para ele, soe tão natural quanto a convocação de consumidores para revolucionar a medicina; algo presente na literatura médica norte-americana desde os tempos de Freidson (FREIDSON, 2007).

De certa forma, vamos perceber que está tácito no entendimento de todo o esquema apresentado por Topol a objetividade plena e total do modelo em que estará enquadrada a sua concepção de doença⁷⁵.

A partir de sua extensa experiência e vivência profissional, para além de sua produção de pesquisa, as dificuldades encontradas na prática para a objetivação individual de dados populacionais reforçam o arcabouço de sua crítica à MBE. Em busca de um modelo individualizado de precisão genética, acusa este modelo de aplicação de dados epidemiológicos de ser uma “medicina configurada para ser maximamente imprecisa” (TOPOL, 2013, p.19). E os exemplos dessa imprecisão nos chegam em estudos que demonstram estarmos tratando quem não devíamos (COCHRANE COLLABORATION,

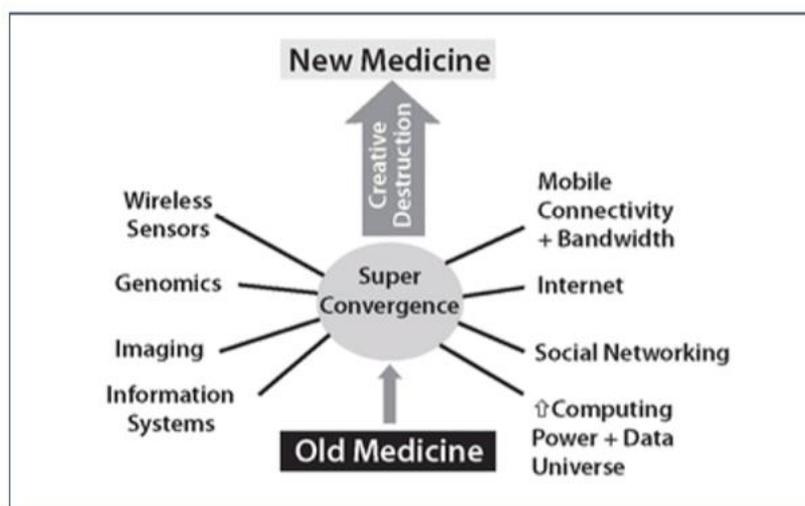
⁷⁴O termo *disrupção* – ou interrupção do curso normal de um determinado processo – tornou-se um verdadeiro jargão, quase que obrigatório em qualquer debate ou discurso sobre as transformações sociais advindas da ‘revolução digital’.

⁷⁵Como já havíamos comentado, reforçando a vitalidade atual da concepção *boorseana*.

2011), não estarmos tratando quem pensamos estar (KASTELEIN, 2008), ou estarmos tão somente equivocados com nossas pesquisas (IOANNIDIS, 2005).

Para a total transformação em direção à individualização do cuidado, Topol apresenta, então, o que seria o fim da antiga medicina. Uma concepção somente possível nas condições em que se encontram atualmente as capacidades da tecnologia digital. Em um diagrama que reproduzimos a seguir, observamos o que chama de superconvergência tecnológica que possibilitará essa criação de uma nova medicina. (Ver Figura 5)

Figura 5 – A transformação para a Nova Medicina



Fonte: Reproduzido de TOPOL, 2013

No diagrama, percebemos as capacidades que temos hoje e que o autor levanta como necessárias para tornar exequível essa mudança. Do lado direito podemos definir uma imensa capacidade de armazenamento e processamento de dados; uma universalização de conexão da população global através da internet e das redes sociais; e a onipresença de *smartphones* conectados em velocidade de banda larga. Essa estrutura de coleta e armazenamento, circulação e processamentos de dados é sustentação ao olhar médico sobre o paciente individual. Somente agora, com o porte desse poderoso sistema é que se pode implantar um modelo de leitura e identificação de cada indivíduo. Ao lado esquerdo, vemos que a *digitalização do humano* preconizada por Topol envolve: a leitura de dados funcionais objetivos a partir de biossensores remotos; o sequenciamento genético de cada indivíduo⁷⁶;

⁷⁶Nesse ponto, é interessante a comparação que faz o autor entre os dados, na “convergência: de chips únicos que contêm conjuntos de processadores paralelos massivamente, a supercomputadores com centenas de milhares de unidades centrais de processamento, ao sequenciamento de genoma completo que é realizado dividindo os genomas em pequenos pedaços e determinando os códigos de vida de forma massivamente paralela” (TOPOL, 2013, p. 16).

o armazenamento de imagens diagnósticas e a manutenção de um arquivo de dados e um sistema de troca de informação com o meio. Uma cobertura ampla que, segundo o autor, estaria toda à disposição em *gadgets* pessoais, como os *smartphones*.

Assim, neste livro, como fizera nos tratados de cardiologia que editava na década de 1990, Topol nos deixa agora a lição de que o mundo digital já dispõe dos recursos suficientes para, a partir da destruição do modelo anterior, criarmos uma medicina voltada ao indivíduo. E foi nesses termos que anunciou que a medicina já pode digitalizar o humano. Ou, em outras palavras, que já estamos prontos para a medicina de dados.

Uma medicina que não mais depende exclusivamente do modelo epistêmico da anatomia-patológica. Pois a leitura que se fará dos dados estará além do que exclusivamente representa dano biológico, mas sim uma trama complexa de valores digitais sobre os quais poderemos ter tanto um risco quanto uma probabilidade, ou uma tendência, ou, ainda, uma função. O acesso e o processamento desses dados, obviamente, embora isso ainda não seja percebido tão claramente pela maioria, não necessitam de uma abordagem da razão desenvolvida pelo e para o juízo clínico.

E isso começa a se tornar evidente em formas de condução da prática médica que já não compõe o que caracterizamos anteriormente como prática clínica. Mas a clínica não se extinguiu, e nem se extinguirá completamente por enquanto, pois como já comentamos, a partir da crítica epistemológica de Lakatos (VIANNA SOBRINHO, 2018), apesar de estarmos anunciando uma nova fase, de revolucionárias transformações na medicina, formas antigas podem permanecer latentes e presentes. Entretanto, a nova estruturação epistêmica – ou novo ‘programa de pesquisa’ – prevalecerá e terá maior aceitação, simplesmente por dar conta de explicar fatos novos (LAKATOS, 1999). Os dados – as informações reduzidas a uma matriz única de processamento, seja com interesse científico seja de gestão econômico-financeira – formarão o novo ‘núcleo duro’, na concepção desse epistemólogo, para o nascente ‘programa de pesquisa científico’ que dará suporte a esta nova medicina. Não mais a anatomia-patológica, como diagnosticou Foucault (2004).

E nesse sentido é que, sob perspectiva do juízo clínico, do modelo anterior da medicina, nos causa espanto e um enorme estranhamento os fatos ocorridos na última década, incluindo o vaticínio de Topol para a leitura digital do humano.

Mas, após esse momento transitório, em que assistimos ao ocaso da clínica, as formas da razão que assumiram o modelo epistemológico da *medicina de dados* não encontram

difficuldade em aceitar, se integrar e pensar o paciente nesses termos. O mundo da prática médica começa a se preparar para esta mudança para o mundo digital. Inclusive através da mudança mesmo das formas de razão.

O desenvolvimento da Inteligência Artificial (IA) e, conseqüentemente, da Internet das Coisas (IoT) e da Robótica, já apontam para esse cenário complexo de grandes mudanças. A avançada tecnologia de *Machine Learning* – ou *Aprendizado de Máquina* – conduziu a ciência para um ponto novo na relação entre médico e paciente (DEO, 2015; STEAD, 2018; MADDOX et al., 2018)⁷⁷. Agora, o poder tecnológico não está mais em um instrumento de acesso ou de ligação entre os dois. Uma ressonância magnética cumpria esse papel, da mesma forma que um estetoscópio. Com a óbvia diferença tecnológica entre esses instrumentos para o diagnóstico, o que podemos afirmar é que ambos estão interpostos na relação entre o médico e o paciente com a finalidade de auxiliar o primeiro a vasculhar os sinais de dano, funções e patologias no segundo. Não se pode dizer o mesmo da IA.

Assim, embora muitos interpretem dessa maneira, não se pode comparar o estranhamento ao estetoscópio no século XIX, após a sua invenção pelo médico francês René Théophile-Hyacinthe Laënnec, com o espanto velado de todos frente às máquinas e programas de IA que assumem o lugar do raciocínio clínico (THE MEDICAL FUTURIST, 2017).

Quando o manuseio de dados, por um sistema autômato de IA, chegar ao diagnóstico e decisões necessárias para cada caso, estaremos eliminando um sujeito da relação – o médico. E, conseqüentemente, no tratamento desses dados do outro sujeito pelo algoritmo de *machinelearning*, nada restará que não seja absolutamente objeto; mesmo suas características psíquicas, comportamentais ou sociais. O que torna em tudo a possibilidade de redução a um produto; ou um pacote de dados, subsumidos em um produto, para a gestão clínica e econômica por qualquer participante desse mercado (MELVILLE, 2018).

Diversos trabalhos já dispõem de resultados comprovando a acurácia para o diagnóstico e acompanhamento de doenças de grande prevalência, através da análise de bancos de imagens, desde a precisa avaliação de fotografias da retina (MOOKIAH et al., 2013; GULSHAN et al., 2016; HILLMAN, 2018), aos cânceres de pele (ESTEVA, 2017), cânceres de mama (WANG et al., 2016) e patologias do sistema nervoso central

⁷⁷A respeito do impacto da chegada do supercomputador *Watson* e seu programa de assistência *online* à oncologia há muito o que dizer. Disponível em: <<https://www.statnews.com/2017/09/06/watson-ibm-marketing/>>. Acesso em 22 dez. 2018.

(MUKHERJEE, 2017; CAPPER et al., 2018). A radiologia não só foi uma das áreas pioneiras para a atuação dos programas de diagnóstico por IA (CHARTRAND et al., 2017), como a sua evolução para um novo patamar com o processamento de imagens junto a estatísticas de múltiplos níveis – uma nova abordagem diagnóstica, a *Radiomic*. Neste processo, dados são combinados com outros dados do paciente e extraídos com sofisticadas ferramentas de bioinformática para desenvolver modelos que melhorem a precisão diagnóstica, prognóstica e preditiva. Como diz o título de um artigo, “imagens são mais do que imagens, são dados” (GILLIES et al., 2016).

E a transformação digital da medicina nos últimos anos reaqueceu a economia da saúde atraindo novos investidores, com um potencial e promissor mercado para biossensores e *wearables devices*, programas de gestão de dados biométricos, prontuários e registros eletrônicos e uma caravana de dezenas de milhares de *startups* buscando caminhos para o novo Eldorado dos desenvolvedores de tecnologia digital⁷⁸.

No ano de 2014, enfim, a *Dell Computers* inaugurou a sua própria faculdade de medicina, a primeira nova escola de medicina em uma universidade de primeira linha da Associação de Universidades Americanas em quase 50 anos – a *Dell Medical School* (DMS)⁷⁹. Em um esclarecedor comentário de seu reitor, na *homepage* da instituição, ratifica-se a relação entre a MBV e a medicina de dados: “Os cuidados de saúde baseados em valores têm a ver com eficiência na obtenção de melhores resultados de saúde. A DMS é o lar de líderes do movimento de cuidados baseados em valores – e de um currículo on-line que treina líderes de saúde na entrega de valor aos pacientes”. Em entrevista recente a um periódico do nosso meio, o Dr. Clay Johnston define:

Na medida em que o sistema é aprimorado, particularmente por meio da inteligência artificial, o papel tradicional do médico muda. A ciência da medicina vai se tornar menos importante, mas a arte do cuidado ganhará importância. Precisamos de pessoas que possam liderar essa mudança e que consigam abraçar a tecnologia, mas apenas quando ela visa ao benefício para o paciente e à evolução do sistema de saúde. É um tipo diferente de médico, que está confortável com a tecnologia, que entende de engenharia de sistemas, que consegue colocar o foco no valor proporcionado e que exerce liderança para mudar esse sistema⁸⁰.

A liderança para a gestão do sistema parece ser, então, o novo papel do médico – e o

⁷⁸Grandes agências de consultorias já esquadriham os campos promissores de investimento no novo modelo de medicina digital. Disponível em:

<<https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-HealthCare/deloitte-uk-life-sciences-health-care-predictions-2022.PDF>>. Acesso em: 18 jun. 2019.

⁷⁹Disponível em: <<https://www.lindauerglobal.com/career-opportunity/university-of-texas-at-austin-director-of-development-principal-gifts>>. Acesso em: 18 jun. 2019.

⁸⁰Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,queremos-formar-bons-clinicos-mas-isso-nao-emas-suficiente,70002454760>>. Acesso em: 18 jun. 2019.

que se esperava anteriormente era tirocínio clínico (LEE, 2010; SHAH, 2019). Parece-nos ser uma das principais orientações para o médico do futuro, que percebemos no relatório que Topol entregou recentemente ao governo do Reino Unido, após quase dois anos de trabalho, em que chefiou uma força-tarefa para a implantação da medicina digital nesse bem organizado sistema de saúde (TOPOL, 2019). Ao explicar, ou propor, como ocorrerão as mudanças, Topol dá exemplos ficcionais nas diversas profissões que integram o sistema de saúde que participam diretamente do cuidado. No caso de adaptação de uma jovem médica, nos mostra uma profissional de 26 anos em 2009, com um *smartphone* utilizado apenas em sua vida pessoal, frustrada com a tecnologia obsoleta dos hospitais, que não lhe permite um melhor contato interprofissional para lidar com as informações necessárias para o cuidado. A mesma médica, aos 36 anos em 2019, após enveredar pela especialização em genômica (área predileta aos valiosos dados da medicina personalizada do Topol), ainda está frustrada, apesar da melhoria dos sistemas de registros eletrônicos, mas agora pela dificuldade de transmissão da informação multiprofissional com segurança nas redes de conexão de dados. A projeção para a médica de 46 anos, em 2029, nos apresenta então uma consultora chefe-de-equipe de “bioinformáticos e cientistas da computação”, que detêm o genoma da maioria de seus pacientes sequenciados já no nascimento; e através de “algoritmos de *machine-learning*, essa equipe monitora remotamente marcadores metabólicos, a partir de informações de biossensores vestíveis, prevendo trajetórias de saúde do paciente e modelando planos de cuidados pessoais”. Em algum lugar, nesse trabalho de líder de equipe da medicina de dados, Topol (2019) ainda reserva à sua hipotética médica no futuro um tempo para o “trabalho clínico em pediatria”.

Esse modelo hipotético de medicina do futuro é marcado pelo monitoramento remoto de variações metabólicas de biossensores vestíveis – os *wearables devices* – a partir de dados genéticos individualmente definidos e é conduzido por uma equipe de bioinformáticos e programas de computação. Nesse sentido, não podemos perceber, com clareza, onde estará o “trabalho clínico”. Mas devemos nos lembrar que Topol, mesmo em sua extrema perspicácia científica e imensa criatividade, ainda carrega sua formação de décadas de prática do professor Eric Topol, um dos grandes mestres do *fin-de-siècle* da medicina clínica.

E o que estamos já tratando a partir desses últimos anos é algo de outra natureza. Estamos vendo um futuro que já chegou em outro formato.

Na forma do atendimento virtual por programas como a *Alexa*®, da gigante varejista

Amazon⁸¹, que chega ao mercado de saúde anunciando que sua ‘atendente’ já está capacitada pelas normas de segurança para a transmissão de informação de saúde (ROSS, 2019).

No desempenho do robô chinês *Xiaoyi*, que foi aprovado no exame nacional de licenciamento profissional para médicos (MICU, 2017); ou ainda nas dezenas de clínicas virtuais já em funcionamento na China, com modelos variados de atendimentos, seja por programas de telemedicina, seja diretamente por *chatbots*, sem participação humana (THE MEDICAL FUTURIST, 2019).

Nesse ponto é que poderemos perceber o que significa a ausência da medicina clínica no que se apresenta como medicina de dados.

Um modelo de medicina que permanecia por quase dois séculos, parece chegar ao seu ocaso. Num momento de imprevisão sobre o que será da condição humana, a ciência parece nos apresentar com intenso brilho “sonhos que não eram nem loucos nem ociosos” (ARENDET, 2004).

⁸¹Em janeiro de 2018, a maior empresa de comércio varejista do mundo ocidental, com domínio absoluto no mercado virtual, a Amazon, anunciou a criação de um novo modelo de oferta de serviços de saúde, juntamente com o fundo de investimentos *Berkshire Hathaway* e o banco *J P Morgan*. A promessa é revolucionar o segmento nos EUA. Disponível em: <<https://www.cnbc.com/2018/01/30/amazon-berkshire-hathawayand-jpmorgan-chase-to-partner-on-us-employee-health-care.html>>. Acesso em: 19 nov. 2019.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta Tese, dividida em três artigos, pode-se observar que estamos tratando de temas numa evolução linear do desenvolvimento histórico da medicina nos últimos quarenta anos. Não é uma revisão extensa e completa das transformações que ocorreram com a prática médica, com a autonomia profissional ou com a cultura médica em sentido mais amplo, mas um apontamento de mudanças decisivas nesse curto espaço de tempo. Assim sendo, pareceu-nos evidenciar que a medicina atual é mais distinta da que começamos a observar nas décadas de 1970-1980, do que esta seria da praticada no século anterior.

A partir da vivência empírica que desfrutei na prática da profissão, as rápidas e impactantes mudanças, os conflitos surgidos dessas mudanças e os novos horizontes e limites que se apresentam impuseram a observação reflexiva dos modos e comportamentos do que é e será possível na minha própria ação, aos moldes da citação de Merleau-Ponty. Uma missão que define e delinea a práxis profissional.

O objetivo de comprovar a hipótese inicial, de afastamento do pensamento sanitário da medicina, pelo seu modelo definido pela concepção *biomédica*, nos trouxe a atenção para a observação das transformações que esta vem sofrendo nas últimas décadas.

De fato, ao longo de décadas observando e refletindo sobre essas mudanças – que já nos fez redigir uma primeira crítica a essas transformações em 2013, chegamos a esta Tese, na qual objetivamos dizer em três tomos que:

1. a Reforma Sanitária, e parte do pensamento sanitário brasileiro, fez uma opção mais política do que propriamente científica, afastando-se da medicina tecnológica do final do século XX, e isso esvaziou a força do movimento e seu poder sobre a própria economia da saúde;

2. no decorrer dessas últimas décadas, ampliou-se o domínio da prática médica pela lógica objetiva do mercado e, embora o pensamento sanitário identificasse o *boom* de novas tecnologias como o problema, foi o avanço do gerencialismo que mais transformou a relação entre o médico e o paciente, com revisão e reposicionamento da autonomia de ambos;

3. por fim, com o ajuste de condutas técnicas atreladas às decisões no interesse da gestão de determinado sistema – seja público, com os interesses do Estado seja de mercado, com o domínio das corporações – a chegada da revolução tecnológica da informação leva a prática da medicina a uma mudança copernicana, na qual a total objetificação do humano se

torna possibilitada pela sua tradução ao dado, e o lidar e tratar com esses dados dispensa a clínica, e possivelmente o médico. Assim, uma medicina sem médicos já está em curso.

Ao final, concluímos ao menos a nossa impressão de que estamos chegando ao término de uma longa era na prática médica. O ocaso da clínica demarca um momento de crise em que uma outra medicina está surgindo. E é preciso observá-la e pensar o que faremos e seremos nós, humanos.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. **Historia de la filosofia**. Barcelona: HORA, 1994.
- ABRASCO. **Pelo direito universal à saúde**: contribuição da Abrasco para os debates da VIII Conferência Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1985.
- AKTOUF, O. Governança e pensamento estratégico: uma crítica a Michael Porter. **ERA**, v. 42, n. 3, jul./set., 2002.
- ALMEIDA, J. L. T.; SCHRAMM, F. R. Paradigm shift, metamorphosis of medical ethics, and rise of bioethics. **Cad. Saúde Pública**, v.15, supl.1, 1999.
- ALMEIDA FILHO, N.; JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.7, n.4, 2002.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: FLEURY, S (Org.). **Saúde e Democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 163-186.
- ANGELL, M. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos**. Rio de Janeiro: Record, 2007.
- ANTUNES, J. L. O profissional de médico. **Análise Social**, v. 38, n. 166, p. 77-99, 2003.
- ARENDT, H. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense, 2004.
- AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- BAHIA, L. A Assistência Médica Internacional (AMIL): de Caxias, na Baixada Fluminense, para o Brasil e EUA. In: BAHIA, L et al. (Org.) **Planos de saúde no Brasil**: origens e trajetórias, Rio de Janeiro: LEPS, 2005a. p. 121-133.
- BAHIA, L. A démarche do Privado e Público no Sistema de Atenção à Saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1988/2008. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Estado, sociedade e formação profissional em Saúde**: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPJSV, 2008a. p. 123 a 188.
- BAHIA, L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.13, n.5, p. 1385-1397, 2008b.
- BAHIA, L. Financeirização da assistência médico-hospitalar no governo Lula. In: MACHADO, C. V. et al. (Orgs.). **Políticas de saúde no Brasil**: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 91-116.

BAHIA, L. **Mudanças e padrões das relações público-privado: seguros e planos de saúde no Brasil**. 1999. Tese (Doutorado em Saúde Pública)— Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

BAHIA, L. O prazo de validade do SUS. **Cad Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, 2013.

BAHIA, L. O SUS e os desafios da universalização do direito à Saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUARÉZ, J. M. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005b. p. 407 a 449.

BAHIA, L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 7, p. e00067218, 2018.

BAHIA, L.; SCHEFFER, M. Das empresas médicas às seguradoras internacionais: mudanças no regime de acumulação e repercussões sobre o sistema de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 2, e00154015, 2016.

BANCO MUNDIAL. **“Um ajuste justo”**: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. Saúde: alternativas para oferecer mais e melhores serviços. Volume 1: Síntese, Brasília, 2017.

BANCO MUNDIAL. **Proposta de Reforma do Sistema Único de Saúde Brasileiro**. Grupo Banco Mundial: BIRD/AID, 2018.

BAPTISTA, T. W. F. A formação em Saúde Coletiva e os desafios da avaliação. **Ensaio e Diálogos em Saúde Coletiva**, Abrasco. n. 1, p. 10-14, 2015.

BATISTELLA, C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F.; CORBO, AMD'A (Orgs.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 25-50.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.

BERLINCK, M. T. O método clínico. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, v. 11, n. 2, p. 191-194, 2008.

BERWICK, D. M. et al. The triple aim: care, health, and cost. **Health Affairs**. v. 27, n. 3, p.759-769, 2008.

BEZERRA JÚNIOR, B. Um apelo à clínica: nem o respaldo da norma, nem o extravio da dor. In: LOBOSQUE, A. M. (Org.). **Caderno de Saúde Mental: a Reforma Psiquiátrica que queremos por uma clínica antimanicomial**, 2007. p. 23-31.

BIRMAN, J. A physis da saúde coletiva. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, v. 1, Editorial, 1991.

BOORSE, C. Health as a theoretical concept. **Philosophy of Science**, v. 44, n. 4, p. 542-573, 1977.

BOORSE, C. A second rebuttal on health. **J Med Philosophy**, v. 39, n. 6, p. 683-724, 2014.

BOSTROM, N. The future of human evolution. In: TANDY, C; BOSTROM, N. **Death and anti-death: two hundred years after Kant, fifty years after Turing**. Palo Alto: Ria University Press, 2004. p. 339-371.

BOURDIEU, P. The specificity of the scientific field and the social conditions of the progress of reason. **Social Science Information**, v. 14, n. 6, p. 19-47, 1975.

BRAGA, I. F. **Entidades empresariais e a Política Nacional de Saúde: da cultura de crise à cultura da colaboração**. 2012. 186f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)— Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2012.

BRASIL. Decreto nº 88.439, de 28 de junho de 1983. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da profissão de Biomédico de acordo com a Lei nº 6.684, de 03 de setembro de 1979 e de conformidade com a alteração estabelecida pela Lei nº 7.017, de 30 de agosto de 1982. **Presidência da República Federativa do Brasil**. DF, 28 de junho de 1983. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D88439.htm>. Acesso em: 12 nov. 2018.

BRASIL. **Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Congresso Nacional. Brasília, 1988.

BRAUNWALD, E.; NABEL, E. G. A tale of coronary artery disease and myocardial infarction. **N Engl J Med**, 366, p. 54-63, 2012.

BROWN, G. C.; BROWN, M. M.; SHARMA, S. Health care in the 21st century: evidence-based medicine, patient preference-based quality, and cost effectiveness. **Qual Manag Health Care**. v. 9, n. 1, p. 23-31, 2000.

BROWN, G. C.; BROWN, M. M.; SHARMA, S. Health care economic analyses and value-based medicine. **Surv Ophthalmol**, v. 48, n. 2, p. 204-223, 2003.

BROWN, G. C.; BROWN, M. M.; SHARMA, S. **Evidence-Based to Value-Based Medicine**. Chicago: American Medical Association, 2005.

BUSS, P. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

BUSS, P. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.15-38.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**, v. 2, n.1, p. 203-230, 1992.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. **Biomedicina, Saber & Ciência: uma abordagem crítica**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMARGOS, E. F. A doença tem indicação de UTI, mas o paciente não..., caro colega. **Geriatr Gerontol Aging**, v. 11, n. 4, p.156-157, 2017.

CAMPOS, F. G. C. M.; ROLL, S. Complicações do acesso abdominal e do pneumoperitônio em cirurgia laparoscópica: causas, prevenção & tratamento. **Rev. bras. vídeo-cir**, v. 1. n. 1, p. 21-28, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Análise crítica das contribuições da Saúde Coletiva à organização das práticas de Saúde no SUS. In: FLEURY, S. (Org.) **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 113-124.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, G. W. S. SUS: o que e como fazer? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, 2018.

CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA Jr, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 2, n. 9, p. 2655-2663, 2016.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CAPPER, D. et al. DNA methylation-based classification of central nervous system tumours. **Nature**. v. 555, n. 7697, p. 469-474, 2018.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. Porto: Afrontamento, 1988.

CARVALHO, G. “Planos de Saúde para Pobres” (PPP) Subsidiados pelo Governo. **Plataforma Política & Social**. 3 abr. 2013. Disponível em: <<http://www.politicasocial.net.br/index.php/caderno/caderno-saude.html>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

CASTIEL, L. D.; DIAZ, C. A. D. **A Saúde persecutória: os limites da responsabilidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C. R.; FERREIRA, M. S. **Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

CASTIEL, L. D.; PÓVOA, E. C. Dr. Sackett & “Mr. Sacketeer”... Encanto e desencanto no reino da expertise na medicina baseada em evidências. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 1, p. 205214, 2001.

- CATALYST. What is value-based healthcare? **NEJM Catalyst**. January 1, 2017. Disponível em: <<https://catalyst.nejm.org/what-is-value-based-healthcare/>>. Acesso em: 19 jan. 2019.
- CEBES. **A ameaça dos médicos cubanos**. Centro de Estudos Brasileiros em Saúde. 13 de 5 de 2013. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2013/05/a-ameaca-dos-medicos-cubanos/>>. Acesso em: 13 maio 2013.
- CEBES. **Manifesto do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde em defesa do direito universal à saúde – saúde é direito e não negócio**. 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/documento/manifesto-do-centro-brasileiro-de-estudos-de-saude-em-defesa-do-direito-universal-a-saude-saude-e-direito-e-nao-negocio/>>. Acesso em: 20 jan. 2019.
- CENTRO COCHRANE. Centro Cochrane do Brasil. 1996. Disponível em: <http://www.centrocochranedobrasil.org.br/cms/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=13>. Acesso em: 22 jan. 2015.
- CHALMERS, A. F. **O que é ciência afinal?** Rio de Janeiro: Brasiliense, 1993.
- CHANG, S.; LEE, T. H. Beyond evidence-based medicine. **N Engl J Med**, 2018: Nov v. 379, n. 21, p. 1983-1985, 2018.
- CHAPMAN, R. H. et al. When does quality adjusting life-years matter in cost-effectiveness analysis? **Health Econ**. v. 13, p. 429-436, 2004.
- CHARTRAND, G. et al. Deep learning: a primer for radiologists. **RadioGraphics**, v. 37, n. 7, p. 2113-2131, 2017.
- CLAVREULL, J. **A Ordem Médica: poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- COCHRANE COLLABORATION. **Statins for the primary prevention of cardiovascular disease**. Cochrane Collaboration, 2011. Disponível em: <www2.cochrane.org/reviews/en/ab004816.html>. Acesso em: 16 mar. 2019.
- COHN, A. Discordando, mas nem tanto. **Cad Saúde Pública**, outubro, p. 1927-1953, 2013.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **O médico e o seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil**. Brasília: CFM, 2004.
- CONSELHO REGIONAL DE BIOMEDICINA. **A trajetória do curso de Biomedicina no Brasil: origem e situação atual**. **Revista do Biomédico**. abr. 2004.
- CORDEIRO, H. **A indústria da Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- CORDEIRO, H.; GUIMARÃES, R.; FIORI, J. L. **A questão democrática na área da Saúde**. Centro Brasileiros de Estudos da Saúde. 4 de outubro de 2015. Disponível em:

<<http://cebes.org.br/2015/10/a-questao-democratica-na-area-da-saude/>>. Acesso em: 18 mar. 2017.

CORREIA, T. **Medicina: o agir numa saúde em mudança**. Lisboa: Mundos Sociais, 2012.

COSTA, A. M. Saúde é desenvolvimento. In: SADER, E. **10 anos de governos pós-neoliberais no Brasil: Lula e Dilma**. São Paulo: Boitempo, 2013. p. 239-252.

CUETO, M. et al. Pensar o Sistema Único de Saúde do século XXI: entrevista com Lígia Bahia. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 21, n. 1, jan./mar., p.93-107, 2014.

CYRANOSKI, D.; REARDON, S. Chinese scientists genetically modify human embryos. **Nature**, 22 abr. 2015. Disponível em: <<https://www.scientificamerican.com/article/chinese-scientists-genetically-modify-human-embryos/>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

DALE, B. S. et al. Two-year costs and quality in the comprehensive primary care initiative. **N Engl J Med**, v. 374, n. 24, p. 2345-2356, 2016.

DELOITTE. Healthcare and life sciences predictions 2020. A bold future? **Deloitte Centre for Health Solutions**. 2017. Disponível em: <<https://www2.deloitte.com/pt/pt/pages/life-sciences-andhealthcare/articles/healthcare-and-life-sciences-predictions-2020.html>>. Acesso em: 24 abr. 2019.

DENNING, S. What killed Michael Porter's monitor group? The one force that Really matters. **Forbes**. nov 20, 2012.

DEO, R. C. Machine learning in medicine. **Circulation**. v. 132, n. 20, p.1920-1930, 2015.

DIAS, M. C.; VILAÇA, M. M. Natureza humana versus aperfeiçoamento? Uma crítica aos argumentos de Habermas contra a eugenia positiva. **Princípios - Revista de Filosofia**, v. 20, n. 33, jna./jun., p. 227-263, 2013.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**, v. 114, n. 11, p.1115-1118, 1990.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DRUMMOND, J. P.; SILVA, E. **Medicina baseada em evidências: novo paradigma assistencial e pedagógico**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1998.

ELIAS, N. **Os estabelecidos e os outsiders**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

ENGELHARDT JÚNIOR, H. T. **Fundamentos da Bioética**. São Paulo: Loyola, 1998.

ENSERINK, M. **Grupo de medicina baseada em evidências em turbulência após a expulsão do cofundador**. 16 de setembro de 2018. Disponível em: <<https://www.sciencemag.org/news/2018/09/evidence-based-medicine-group-turmoil-after-expulsion-co-founder>>. Acesso em: 05 jul. 2019.

ENTHOVEN, A. C.; CROSSON, F. J.; SHORTELL, S. M. 'Redefining Health Care': medical homes or archipelagos to navigate? Recognition of the essential coordinating role of primary care could lay the foundation for truly redefining U.S. health care. **Health Affairs**. v. 26, n. 5, p. 1366-1372, 2007.

ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ESTEVA, A. et al. Dermatologist-level classification of skin cancer with deep neural networks. **Nature**, v. 542, n. 7639, p.115-118, 2017.

EVIDENCE-BASED MEDICINE WORKING GROUP. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. **JAMA**. v. 268, n. 17, p. 2420-2425, 1992.

FAGNANI, E. O mercado contra a cidadania. **Plataforma Política & Social**. 3 abr. 2013. Disponível em: <<https://plataformapoliticassocia.com.br/o-mercado-contra-a-cidadania/>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. Dados, **Revista de Ciências Sociais**, v. 33, n. 2, p. 257-283, 1990.

FILIPPON, J. A abertura da saúde nacional ao capital estrangeiro: efeitos do mercado global no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 39, n.107, p. 1127-1137, 2015.

FIRPO, M. et al. Para defender o SUS e sua integralidade: desafios para a vigilância e a promoção da saúde. **Ensaio & Diálogos**, dez. p. 24-32, 2015.

FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, S. (Org). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997a. p. 18-28.

FLEURY, S. (Org). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997b.

FOUCAULT, M. La crisis de la medicina o lacrisis de laantimedicina. **Educación Médica y Salud**, v. 10, n. 2, p. 152-170, 1976.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 2005.

FOUCAULT, M. Crise da medicina ou crise da antimedicina. **Verve**, v.18, p. 167-194, 2010.

FREIDSON, E. **Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado**. São Paulo: Editora UNESP, 2007.

FRIEDBERG, M. et al. Factors affecting physician professional satisfaction and their implications for patient care, health systems, and health policy. **RAND Health Quarterly**, v. 3, n. 4, 2013.

FRY, E.; SCHULTE, F. Death by a thousand clicks: where electronic health records went wrong. **Fortune**, 2019 March 18.

FULFORD, K. M. V. **Medicine and moral reasoning**. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

FULFORD, K. M. V. Ten principles of values-based medicine. In: RADDEN, J. (ed.) **The philosophy of psychiatry: a companion**. New York: Oxford University Press, 2004. p. 205-234.

FULFORD, K. M. V.; PEILE, E.; CARROLL, H. **Essential values-based practice: clinical stories linking science with people**. Cambridge: Cambridge University Press, 2012.

FULFORD, K. M. V.; DALE, J.; PETROVA, M. Values-based practice in primary care: easing the tensions between individual values, ethical principles and best evidence. **British Journal of General Practice**, v. 56, n. 530, p. 703-709, 2006.

GADELHA, C. A. G.; TEMPORÃO, J. G. Desenvolvimento, inovação e saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1891-1902, 2018.

GARCIA SANTOS, L. Demasiadamente pós-humano. **Novos Estudos**, n. 72, jul., p. 161-175, 2005.

GARCIA SANTOS, L. Do Gorila Amestrado de Taylor ao Macaco de Nicolelis. **Trab. Educ. Saúde**, v. 8, n. 3, p.551-561, 2011.

GAUDENZI, P. A tensão naturalismo/normativismo no campo da definição da doença. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, v. 17, n. 4, p. 911-924, 2014.

GAUDENZI, P. Normal e patológico no naturalismo e no normativismo em saúde: a controvérsia entre Boorse e Nordenfelt. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 747-767, 2016.

GAULEJAC, V. **Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social**. São Paulo: Ideias&Letras, 2007.

GAWANDE, A. **The checklist manifesto: how to get things right**. New York: Metropolitan Books, Holt and Company, 2009.

GAWANDE, A. What big medicine can learn from the cheesecake factory. **The New Yorker**, 2012 Aug 13.

GAWANDE, A. Why doctors hate their computers. **The New Yorker**, 2018 Nov 12.

GILLIES, R. J. et al. Radiomics: images are more than pictures, they are data. **Radiology**, v. 278, n. 2, p. 563-577, 2016.

GIOVANELLA, L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018.

GIOVANELLA, L. et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 3, 25 mar., 2019.

GØTZSCHE, P. C. **Medicamentos mortais e crime organizado**: como a indústria farmacêutica corrompeu a assistência médica. Porto Alegre. Bookman: 2016.

GRÜN, R. A dominação financeira no Brasil contemporâneo. **Tempo Social**, v. 25, n. 1, p. 179-213, 2013.

GUEDES, C. R.; NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO JÚNIOR, K. R. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.11, n. 4, 2006.

GULSHAN, V. et al. Development and validation of a deeplearning algorithm for detection of diabetic retinopathy in retinal fundus photographs. **JAMA**, v. 316, n. 22, p. 2402-2410, 2016.

GUSMÃO, L. **O fetichismo do conceito**. Rio de Janeiro: Topbooks, 2012.

HAUSMAN, D. M. Health and functional efficiency. **J Med Philosophy**, v. 39, n. 6, p. 634-647, 2014.

HEGENBERG, L. **Doença**: um estudo filosófico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

HERZLICH, C. Fragilidade da vida e desenvolvimento das Ciências Sociais no campo da Saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, v.15, n. 2, p.193-203, 2005.

HILLMAN, L. **First artificial intelligence system approved by the FDA to detect diabetic retinopathy**. Jun. 2018. Disponível em: <<https://www.eyeworld.org/first-artificial-intelligence-system-approved-fdadetect-diabetic-retinopathy>>. Acesso em: 21 maio 2019.

HILNER, B. E.; SMITH, T. J. Efficacy does not necessarily translate to cost effectiveness: a case study in the challenges associated with 21st-century cancer drug prices. **Journal of Clinical Oncology**, v. 27, n. 13, p. 2111-2113, 2009.

HOCHMAN, G. A ciência entre a comunidade e o mercado: leituras de Kuhn, Bourdieu,

Latour e Knorr-Cetina. In: PORTOCARRERO, V. (Org.). **Filosofia, História e Sociologia das Ciências I: abordagens contemporâneas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, p. 199 a 232.

HOCHMAN, G. Saudades do futuro ou um sistema de saúde em tempos democráticos. **Cad Saúde Pública**, v. 29, n.10, oct., 2013.

HOTTOIS, G. **El paradigma bioético: una ética para latecnociencia**. Barcelona: Anthropos, 1991.

ICHOM. Disponível em: <<http://www.ichom.org/>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

ILLICH, I. **A expropriação da Saúde: nêmesis da Medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

IOANNIDIS, J. P. A. Why most published research findings are false. **PLoS Medicine**. v. 2, n. 8, p. e124, 2005.

KASTELEIN, J. Sinvastatin with or without ezetimibe in familial hypercholesterolemia. **N Eng J Med**, v. 358, n. 14, 1431-1443, 2008.

KINGMA, E. Naturalism about health and disease: adding nuance for progress. **J Med Philosophy**, v. 39, n. 6, p. 590-608, 2014.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To err is human: building a safer health system**. Institute of Medicine (IOM) - Committee on Quality of Health Care in America. USA, 2000.

KOYRÉ, A. **Estudos de História do pensamento científico**. Rio de Janeiro: Forense, 1982.

KRIMSKY, S. **Science in the private interest: has the lure of profits corrupted biomedical research?** Lanham: Rowman & Littlefield Publishers, 2003.

KUHN, T. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 2010.

LACEY, H. Ciência, respeito à natureza e bem-estar humano. **ScientiæStudia**, v. 6, n. 3, p. 297-327, 2008.

LAKATOS, I. **Falsificação e metodologia dos programas de pesquisa científica**. Lisboa: Edições 70, 1999.

LAKATOS, I.; MUSGRAVE, A. **A crítica e o desenvolvimento do conhecimento**. São Paulo: Cultrix/EDUSP, 1979.

LANDMANN-SZWARCWALD, C.; MACINKO, J. A panorama of health inequalities in Brazil. **International Journal for Equity in Health**, v. 15, n. 1, 2016. Doi: 10.1186/s12939-016-0462-1.

LAVINAS, L. Bolsa-família e Bolsa-banco: a financeirização do social. **Insight Inteligência**, Ano XVIII, n. 70, p. 69-72, 2015.

LEE, T. H. Turning doctors into leaders. **Harv Bus Rev.** v. 88, n. 4, p. 50-58, 2010.

LE GOFF, J. **As raízes medievais da Europa.** Petrópolis: Vozes, 2007.

LUZ, M. **Natural, racional, social:** razão médica e racionalidade científica moderna. São Paulo: Hucitec, 2004.

LUZ, M. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Rev. Saúde Coletiva**, 15(Suplemento), p.145-176, 2005.

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

MADDOX, T. M. et al. Questions for Artificial Intelligence in health care. **JAMA**, v. 321, n. 1, p. 31-32, 2018.

MAGRETTA, J. **Understanding Michael Porter:** the essential guide to competition and strategy. Boston: Harvard Business Review Press, 2012.

MALTA, C. D. et al. **Biblioteca Virtual da Saúde do Ministério da Saúde.** BVSMS. 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Regulacao_Saude_4.pdf>. Acesso em: 02 dez 2018.

MARTINS, A. Novos paradigmas e Saúde. **Physis: Rev. de Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p.83-112, 1999.

MASSUDA, A. et al. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. **BMJ Glob Health**, v. 3, n. 4, p.e000829, 2018.

MAZZUCATO, M. **The value of everything: making and taking in the global economy.** London: Hardcover, 2018.

MATTHEWSON, J.; GRIFFITHS, P. E. Biological criteria of disease: four ways of going wrong. **J Med Philosophy**, v. 42, n. 4, p. 2-20, 2017.

MCKEE, M; HEALY, J. The Role of the hospital in a changing environment. **Bulletin of the World Health Organization**, jun. 2000.

MEHRY, E. E.; FRANCO, T. B. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2013.

MELVILLE, N. A. Mental health treatment now available at Walmart. **Medscape**. Dec 17, 2018. Disponível em: <<https://www.medscape.com/viewarticle/906664>>. Acesso em: 02 mar. 2019.

MENDONÇA, A. L. O.; CAMARGO JÚNIOR, K. R. Complexo médico-industrial/financeiro: os lados epistemológico e axiológico da balança. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 215-238, 2012.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na Assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MICU, A. A chinese AI passed the national medical licensing exam, so technically it's a doctor. **ZME Science**. 2017 nov. 20. Disponível em: <<https://www.zmescience.com/science/china-ai-doctor-xiaoyi/>>. Acesso em: 20 fev. 2019.

MOOKIAH, M. R. K. et al. Computer-aided diagnosis of diabetic retinopathy: a review. **Comput Biol Med**. v. 43, n. 12, p. 2136-2155, 2013.

MUKHERJEE, S. A. **I. versus M.D. What happens when diagnosis is automated?** The New Yorker. 27 mar. 2017. Disponível em: <<https://www.newyorker.com/magazine/2017/04/03/ai-versus-md>>. Acesso em: 20 fev. 2019.

MUKHERJEE, S. **O gene, uma história íntima**. São Paulo: Cia das Letras, 2018.

MURRAY, C. J. F. et al. Measuring human capital: a systematic analysis of 195 countries and territories, 1990–2016. **Lancet**, v. 392, n. 10154, p. 1217-1234, 2018.

NAGEL, T. **A última palavra**. Lisboa: Gradiva, 1999.

NAVARRO, V. Social policy issues: an explanation of the composition, nature, and functions of the present health sector of the United States. Bulletin of the New York Academy of Medicine: **Journal of Urban Health**, v. 51, n. 1, January, p. 199-234, 1975a.

NAVARRO, V. The industrialization of fetishism or the fetishism of industrialization: a critique of Ivan Illich. **Soc. Sci. & Med.**, v. 9, p. 351/363, 1975b.

NERY, N.; NUBLAT, J.; CRUZ, V. Governo federal negocia para ampliar acesso a plano de saúde. **Folha de São Paulo**. 27 fev. 2013. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/02/1237512-governo-federal-negociapara-ampliar-acesso-a-planos-de-saude.shtml>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

NOGUEIRA, R. P. **A saúde pelo avesso**. Natal: Seminare, 2003a.

NOGUEIRA, R. P. A segunda crítica social da Saúde de Ivan Illich. **Interface. Comunic, Saúde, Educ.**, v.7, n. 12, p.185-190, 2003b.

NORONHA, J. C. et al. Notas sobre o futuro do SUS: breve exame de caminhos e descaminhos trilhados em um horizonte de incertezas e desalentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2051-2060, 2018.

NOSEWORTHY, J. et al. Physician Burnout is a public health crisis: a message to our fellow health care CEOs. **Health Affairs Blog**. 2017 March 28. Disponível em: <<https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20170328.059397/full/>>. Acesso em: 13 fev. 2019.

OCKÉ-REIS, C. O. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. **Ciênc.**

& **Saúde Coletiva**, v.12, n. 4, p.1041-1050, 2007.

OCKÉ-REIS, C. O. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Edit. Fiocruz, 2012.

OLIVA, A. Kuhn: o normal e o revolucionário na reprodução da racionalidade científica. In: PORTOCARRERO, V. (Org.). **Filosofia, história e sociologia das ciências I: abordagens contemporâneas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 67-102.

ORTEGA, F. Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. **Interface Comunic. Saúde Educ**, v.8, n. 14, p. 9-20, 2004.

PAIM, J. et al. The brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PAIM, J. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 11-24.

PAIM, J. Saúde da família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. **Interface - Comunic, Saúde Educ**, v. 5, n. 9, p. 143-146, 2001. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/icse/v5n9/10.pdf>>. Acesso em: 09 maio 2017.

PAIM, J. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Rio de Janeiro / Salvador: Fiocruz / EDUFBA, 2008.

PAIM, J. **A Reforma sanitária brasileira e o CEBES**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

PAIM, J. A constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, 2013.

PAIM, J. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

PALÁCIOS, M. O Programa forte da Sociologia do Conhecimento e o Princípio da Causalidade. In: PORTOCARRERO, V. (Org.). **Filosofia, história e sociologia das ciências I: abordagens contemporâneas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, p. 175-198.

PARKER, M. False dichotomies: EBM, clinical freedom, and the art of medicine. **J Med Ethics; Medical Humanities**, 31, p. 23-30, 2005.

PELLEGRINO, E. D. Professionalism, profession and the virtues of the good physician. **The Mount Sinai Journal of Medicine**, v. 69, n. 6, p. 378-384, 2002.

PEREIRA, J. et al. Value-based health care in a public hospital in Brazil. **Review Pub Administration Manag.** v. 3, n. 1, 2015.

PESSOA JÚNIOR, O. **Filosofia e Sociologia da Ciência**. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas USP. 29 nov. 1993. Disponível em: <<http://www.fflch.usp.br/df/opessoa/Soc1.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2017.

PIETROBON, L. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde

Suplementar na regulação do setor. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 767-783, 2008.

PIETROBON, L.; PRADO, M.; CAETANO, J. Manifesto do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde em defesa do direito universal à saúde: saúde é direito e não negócio. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.18, n. 4, p. 767-783, 2008.

PINTO NETO, M. Bernard Stiegler, pensador da tecnologia e do humano. **DoisPontos**, v. 12, n. 01, p. 111-118, 2015.

POCHMANN, M. **Nova classe média**: o trabalho na base da pirâmide social brasileira. São Paulo: Boitempo, 2014.

PORTER, M. E. What is value in health care? **N Engl J Med**. v. 363, n. 26, p. 2477-2481, 2010.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Redefining health care**: creating value-based competition on results. Boston: Harvard Business School Press, 2006.

PORTER, R. **Medical Science**. In: PORTER, R. **The Cambridge illustrated history of medicine**. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. p. 154-201.

RASSLAN, S. O impacto da tecnologia no exercício da medicina. In: HELITO, A. S.; BIROLINI, D. (Org.). **Análise crítica da prática médica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

REGO, S.; PALÁCIOS, M.; SIQUEIRA-BAPTISTA, R. **Bioética para profissionais de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

RICHARDS, A. Silicon Valley billionaire pays company thousands 'to be killed and have his brain digitally preserved forever'. **The Evening Standard**, 2018 March 15. Disponível em: <<https://www.standard.co.uk/news/world/silicon-valley-billionaire-pays-company-thousands-to-kill-himand-preserve-his-brain-forever-a3790871.html>>.

RICOUER, P. **Os três níveis do juízo médico**. Covilhã: Universidade da Beira Interior, 2010.

RIOS, R. R. et al. Laicidade e Conselho Federal de Psicologia: dinâmica institucional e profissional em perspectiva jurídica. **Psicol. cienc. prof.**, v. 37, n. 1, p. 159-175, 2017.

ROBINS, G. San Diego's Topol named nation's top physician executive. **San Diego Union Tribune**, 2012 Apr. 21. Disponível em: <<https://www.sandiegouniontribune.com/news/science/sdut-eric-topol-named-onenations-50-best-doctors-2012apr21-story.html>>. Acesso em: 22 abr. 2019.

RODRIGUES NETO, E. A via do parlamento. In: FLEURY, S. (Org.) **Saúde e Democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 63-92.

ROGERS, W. Is there a tension between doctors' duty of care and evidence-based medicine? **Health Care Anal**. v. 10, n. 3, p. 277-287, 2002.

ROSS, C. Amazon Alexa is now HIPAA-compliant: tech giant says health data can now be accessed securely. **Stat**. 2019 Apr 4. Disponível em: <<https://www.statnews.com/2019/04/04/amazon-alexa-hipaa-compliant/>>. Acesso em: 18 nov. 2019.

RUSHKOFF, D. Os ultra ricos preparam um mundo pós-humano. **Outras Palavras**, 19 nov. 2018. Disponível em: <<https://outraspalavras.net/sem-categoria/os-ultra-ricos-preparam-um-mundo-pos-humano/>>. Acesso em: 18 mar. 2019.

SACKETT, D. L. The signs of expertness and a proposal for redemption. **BMJ**, v. 320, n. 7244, p. 1283, 2000.

SACKETT, D. L.; OXMAN, A. D. HARLOT plc: an amalgamation of the world's two oldest professions. **BMJ**. v. 327, n. 7429. p. 1442-1445, 2003.

SACKETT, D. L.; ROSEMBERG, W. M. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. **BMJ**, v. 312, n. 7023, p. 71-72, 1996.

SAGAN, C. **Pálido Ponto Azul**: uma visão do futuro da humanidade no espaço. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

SAGAN, C. **O mundo assombrado pelos demônios**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

SALES JÚNIOR, J. A. L. **Reflexões bioéticas sobre o morrer na vigência do paradigma biotecnocientífico nas UTIs**. 2017. 136f. Tese (Doutorado em Bioética Aplicada e Saúde Coletiva)— Programa de Pós-Graduação em Bioética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS), Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

SANTOS, N. R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 273-280, 2013.

SARTORI, V. B. Lukács e a questão da técnica em Heidegger. **Verinotio revista on-line**, Ano VIII, n. 13, jun. 2012. ISSN 1981-061X.

SAVULESCU, J. Procreative beneficence: Why we should select the best children. **Bioethics**, v. 5, n. 6, p. 413-426, 2001.

SAYD, J. D.; MOREIRA, M. C. N. Medicina baseada em evidências: ceticismo terapêutico, recorrência e história. **Physis: Rev Saude Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 11-38, 2000. SBCBM. **A inovação da cirurgia laparoscópica**. 01 mar 2016. Disponível em: <<https://www.scbm.org.br/a-inovacao-da-cirurgia-laparoscopica/>>. Acesso em: 22 jan. 2019.

SHAH, N. R. Health care in 2030: Will Artificial Intelligence replace physicians? **Annals Int Med**. 2019 Feb 26. Disponível em: <<https://www.acpjournals.org/doi/abs/10.7326/M19-0344?journalCode=aim>>. Acesso em: 22 jul. 2019.

SCHEFFER, M. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. **Cad Saúde Pública**, v. 31, n. 4, p. 663-666, 2015.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho. Limites da liberdade**. São Paulo: Hucitec, 1993.

SCHRAIBER, L. B. O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. **Cad. Saúde Pública**, v.11 n. 1, 1995.

SCHRAIBER, L. B. No encontro da técnica com a Ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em Medicina. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.1, n.1, 1997.

SCHRAIBER, L. B.; MACHADO, M. H. Trabalhadores da saúde: uma nova agenda de estudos sobre recursos humanos da saúde no Brasil. In: FLEURY, S. (Org.) **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 281-298.

SCHRAMM, F. R. Paradigma bio-tecnocientífico e paradigma bioético. In: ODA, L. M. (Org.) **Biosafety of transgenic organisms in human health products**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 109-127.

SCHRAMM, F. R. A autonomia difícil. **Bioética / CFM**, v. 6, n. 1, 1998.

SCHRAMM, F. R. A Bioética, seu desenvolvimento e importância para as ciências da vida e da saúde. **Rev. Bras. Cancerologia**, v. 48, n. 4, p. 609-615, 2002.

SCHRAMME, T. Christopher Boorse and the Philosophy of Medicine. **J Med Philosophy**, v. 39, n. 6, p. 565-571, 2014.

SCHULTZ, P. A. Duas nuvens ainda fazem sombra na reputação de Lorde Kelvin. **Revista Brasileira de Ensino de Física**, v. 29, n. 4, p. 509-512, 2007.

SESTELO, J. A. F. Dominância financeira na assistência à saúde: a ação política do capital sem limites no século XXI. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2027-2033, 2018a.

SESTELO, J. A. F. et al. A financeirização das políticas sociais e da saúde no Brasil do século XXI: elementos para uma aproximação inicial. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 26, n. spe., p. 1097-1128, 2017.

SESTELO, J. A. F. **Planos de Saúde e dominância financeira**. 1. ed. v. 1. Salvador: EDUFBA, 2018b.

SESTELO, J. A. F. Prática teórica, ação política e articulação público/privada no Sistema de Saúde do Brasil. **Plataforma Política & Social**. 03 de abril de 2013. Disponível em: <<https://plataformapoliticasocial.com.br/pratica-teorica-acao-politica-e-articulacao-publica-privada-no-sistema-de-saude-no-brasil/>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

SFEZ, L. **A saúde perfeita**. São Paulo: Loyola, 1996.

SILVA, V. C. A filosofia da natureza de Erwin Schrödinger. **Ensaio Filosóficos**, v. IV,

out., p. 167-184, 2011.

SINGER, A. Brasil, junho de 2013: classes e ideologias cruzadas. **Novos Estud. CEBRAP**, n. 93, nov. 2013.

SINGER, P. **Repensar la vida y la muerte: el derrumbe de nuestra ética tradicional**. Barcelona: Paidós, 1996.

SKRABANEK, P. **The death of Humane Medicine and the rise of Coercive Healthism**. Suffolk, GB: The Social Affairs Unit, 1994.

SLOTERDIJK, P. **Crítica da Razão Cínica**. São Paulo: Estação Liberdade, 2012.

SOUZA, L. E. P. F. A agenda atual da Reforma Sanitária Brasileira. **Physis Rev de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1017-1021, 2014.

STEAD, W. W. Clinical implications and challenges of artificial intelligence and deep learning. **JAMA**. v. 32, n. 11, p. 1107-1108, 2018.

STEWART, M. **The management myth: why the “experts” keep getting it wrong**. New York: W. W. Norton, 2009.

SUPPE, F. (Org.). **The structure of scientific theories**. Champaign: University of Illinois Press, 1977.

TESSER, C. D.; LUZ, M. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n. 2, p. 363-372, 2002.

THE MEDICAL FUTURIST. **Artificial Intelligence is the stethoscope of the 21st Century**. 2017 July 18. Disponível em: <http://medicalfuturist.com/ibm-watson-is-the-stethoscope-of-the-21stcentury/?utm_source=welcomemail&utm_medium=email&utm_campaign=newsletter>. Acesso em: 3 jan. 2019.

THE MEDICAL FUTURIST. **China is building the ultimate technological health paradise. Or is it?** 2019 Feb 19. Disponível em: <https://medicalfuturist.com/china-digitalhealth?utm_source=The%20Medical%20Futurist%20Newsletter&utm_campaign=38c085bdfEMAIL_CAMPAIGN_2019_02_26&utm_medium=email&utm_term=0_efd6a3cd08...>. Acesso em: 3 jan. 2019.

TOPOL, E. **Creative destruction of medicine: how the digital revolution will create better health care**. New York: Basic Books, 2013.

TOPOL, E. Failing the Public Health — Rofecoxib, Merck, and the FDA. **N Engl J Med**, Oct. 21, 351, p. 1707-1709, 2004a.

TOPOL, E. Good riddance to a bad drug. **The New York Times**, 2004b Oct 02, Section A, p. 15.

TOPOL, E. **Manual of Cardiovascular Medicine**. 2nd edition. New York: Lippincott

Williams & Wilkins, 2004c.

TOPOL, E. **Textbook of Interventional Cardiology**. New York: Saunders Company, 1999.

TOPOL, E. The Topol Review: preparing the healthcare workforce to deliver the digital future. Feb 2019. Disponível em: <<https://topol.hee.nhs.uk/wp-content/uploads/HEE-TopolReview-2019.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2019.

VALARINI, R.; CAMPOS, F. G. C. M. Resultados do Registro Nacional Brasileiro em vídeo-cirurgia colorretal 2007. **RevbrasColoproct**, v. 28, n. 2, p.145-155, 2008.

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 2, n. 6, p.1751-1762, 2018.

VIANA, A. L. A.; DE NEGRI, A. Regionalização e redes de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, 2018.

VIANA, A. L. A.; MACHADO, C. V. Capitalismo e Estado Social: Qual o sentido do SUS? **Centro Brasileiro de Estudos da Saúde**. 3 abr. 2013. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2013/12/capitalismo-e-estado-social-qual-o-sentido-do-sus/>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

VIANA, W. C. Filosofia da Técnica: a técnica sob o “Princípio Responsabilidade” de Hans Jonas. **Pensando – Revista de Filosofia**, v. 1, n. 2, p. 3-16, 2010.

VIANNA SOBRINHO, L. **Medicina financeira, a ética estilhaçada**. Rio de Janeiro: Garamond, 2013.

VIANNA SOBRINHO, L. Além da Crítica à Biomedicina: a escolástica sanitária. O esgotamento de um modelo pseudo-científico. In: CASTRO, J. C.; NIEMEYER-GUIMARÃES, M. (Org.). **Caminhos da Bioética – Volume 1**. Teresópolis: Editora Unifeso, 2018, p. 102-129.

VIANNA SOBRINHO, L. **Tecnologia CRISPR: um negócio da China?** 30 nov. 2018. Disponível em: <<http://observatoriodamedicina.ensp.fiocruz.br/tecnologia-crisp-um-negocio-da-china/>>. Acesso em: 18 ago. 2019.

VIANNA SOBRINHO, L. A medicina de dados: o ocaso da clínica. In: CASTRO, J. C.; NIEMEYER-GUIMARÃES, M. (Org.). **Caminhos da Bioética – Volume 2**. Teresópolis: Editora Unifeso, 2019. p. 118 a 151.

VIANNA SOBRINHO, L. Saúde baseada em valor: custo, qualidade e satisfação do paciente. In: OCKÉ-REIS, C. (Org.). **SUS: valor, efetividade e saúde**. OPAS/PAHO, 'no prelo'.

VIANNA, C. M. M. Estruturas do Sistema de Saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, v.12, n. 2, p. 375-390, 2002.

VILAÇA, M. M.; PALMA, A. Limites biológicos, biotecnociência e transumanismo: uma

revolução em Saúde Pública? **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.43, p.1025-1038, 2012.

WAKEFIELD, J. C. The biostatistical theory versus the harmful dysfunction analysis, part 1: Is part dysfunction a sufficient condition for medical disorder? **J Med Philosophy**, v. 39, n. 6, p. 648-682, 2014.

WANG, D. et al. **Deep learning for identifying metastatic breast cancer**. Cornell University. arXiv:1606.05718, 2016.

WEINBERG, P. **Para explicar o mundo**. São Paulo: Schwarcz/Cia das Letras, 2015.

WERNECK, M. L. A viabilidade de um sistema universal de saúde no Brasil. **Ensaio & Diálogos**, dez. 2015, p. 81-86.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary health care**: report of the International Conference on PHC, Alma-Ata, USSR. Geneva: Health-for-All Series n. 1, 1978.