



Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica*

Charles Dalcanale Tesser¹

TESSER, C. D. Social medicalization (II): biomedical limits and proposals for primary care clinics. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.20, p.347-62, jul/dez 2006.

Social medicalization diminishes or even eliminates people's autonomy regarding disease and health, and generates an endless demand on health services, consequently posing a significant challenge on the Brazilian unified public health system ("SUS"). This article discusses the limits of biomedical knowledge/practices vis-à-vis its contribution in promoting users' autonomy and offers some guidelines regarding how to deal with these limitations; concluding that intervention technologies, biomedical knowledge and its cognitive procedures have contributed very little to promoting patients' autonomy. In view of this reality, the author recommends that a shift in applying biomedical knowledge's, focusing on health professionals' healing role, seeking to reestablish patients' autonomy, prevent and heal genuine ailments, in addition to diagnosed illnesses. It upholds that a reorganization of primary care biomedical clinic's values and goals should be made, including diagnosis' relativity, putting an end to disease and risk ontology, as well as the obsession with control, the fight against biomedical dogmatism, and giving priority to therapy as a treatment.

KEY WORDS: social medicalization. epistemology. family health program. primary care. clinical medicine. clinical competence.

A medicalização social destrói ou diminui a autonomia em saúde-doença das populações e gera demanda infundável aos serviços de saúde, consistindo em relevante desafio para o SUS. Este artigo discute limites dos saberes/práticas biomédicos quanto à sua contribuição para a promoção da autonomia dos usuários e propõe algumas diretrizes para o manejo desses limites. Conclui que as tecnologias de intervenção, os saberes biomédicos e suas operações cognitivas pouco contribuem para a autonomia dos doentes. Frente a tais limites, sugere uma ressignificação dos saberes biomédicos, centrada na função "curandeira" das equipes de saúde, vista como missão de reconstruir a autonomia, prevenir e curar os adoecimentos vividos, além dos diagnosticados. Defende uma reorganização de valores e metas da clínica biomédica na atenção básica, como a relativização dos diagnósticos, a desontologização das doenças e dos riscos, o fim da obsessão por controle, o combate ao autoritarismo biomédico e a priorização da terapêutica.

PALAVRAS-CHAVE: medicalização social. epistemologia. programa saúde da família. atenção primária à saúde. clínica médica. habilidade clínica.

* Este artigo deriva de parte de estudo de mestrado (Tesser, 1999).

¹ Professor Adjunto, Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina. <charlestesser@ccs.ufsc.br>.

Introdução

A realidade da medicalização social crescente, aliada às múltiplas crises da atenção à saúde, de que fala Luz (1997), tem indicado a necessidade de rediscussão e desenvolvimento do tema da medicalização, de suas conseqüências e do seu manejo nos serviços públicos de saúde (rede básica e Programa Saúde da Família - PSF). Grosso modo, a medicalização é um processo de expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos.

Segundo Illich (1975), a expansão da medicina científica ou biomedicina, a outra face da medicalização social, gera o fenômeno da contraprodutividade: um fenômeno moderno das sociedades industriais, em que a utilização de ferramentas sociais e tecnológicas tem como resultado efeitos antagônicos ao seu objetivo. No caso, instituições de saúde que produzem doenças, medicina que produz iatrogenias. Tal fenômeno pode se dar por monopólio das funções ou por excesso de uso da ferramenta, ou ambos, como é o caso da biomedicina.

As conseqüências da contraprodutividade das ações de saúde institucionais e a tese illicheana de que se perderam as condições sociais e culturais que permitiam sinergia positiva entre ações autônomas (realizadas pelo indivíduo ou seus pares no seu meio social autóctone) e ações heterônomas em saúde (realizadas e controladas por agentes profissionais institucionalizados - especialistas) ressaltam a importância do tema da medicalização e da questão autonomia-heteronomia. Elas foram discutidas recentemente por Nogueira (2003) e significam relevante desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS).

A medicalização social está associada ao que Illich (1975) chamou de iatrogenia cultural, uma forma difusa e sub-reptícia de iatrogenia da biomedicina: a perda do potencial cultural para manejo da maior parte das situações de dor, adoecimento e sofrimento. O carro-chefe das propostas desse autor consiste em incrementar, reinventar e/ou resgatar a autonomia das pessoas em saúde-doença, de forma a caminhar no sentido do reequilíbrio entre ações autônomas e heterônomas. Isso remete ao papel que a atenção à saúde institucional desempenha nesse processo.

Segundo Tesser (2006), a medicalização social pode ser considerada o resultado do sucesso da empreitada científica na saúde, que buscou monopolizar a legitimidade epistemológica oficial no ocidente. Usando a concepção epistemológica de Fleck (1986), Tesser interpreta a medicalização social como o resultado do sucesso da socialização dessa medicina para grandes contingentes populacionais pouco modernizados, o que implica um epistemicídio de saberes e práticas não-científicos, populares ou tradicionais. Até pouco tempo, esses saberes foram importantes fornecedores de lastro cultural e técnico para ações autônomas em saúde-doença; lastro este em processo de extinção ou intensa transformação. Adotando posição inspirada em Boaventura Santos (2000, 2004), o autor propõe que a biomedicina seja considerada indispensável e necessária e, simultaneamente, inadequada e perigosa. Um dos seus perigos é justamente sua atuação no processo de medicalização e iatrogenia cultural de que falou Illich.

Sob o ponto de vista da construção de estratégias de ação prática para o SUS, essa proposição demanda clareza e compreensão sobre o poder da ação

medicalizante da atenção básica, bem como sobre o *modus operandi* da atuação dos médicos e seus saberes sobre a cultura em saúde dos usuários, sempre reconstruída em cada interação usuário-serviço ou médico-paciente. Neste sentido, estratégias e orientações para uma atenção à saúde na rede básica, de caráter “desmedicalizante” e/ou minimizador da medicalização, tornam-se valiosas e são relativamente escassas.

A importância desse tema fica ressaltada ao se levar em conta o momento atual do SUS, que investe na ampliação e reorientação da rede básica por meio da estratégia do PSF. Entrando facilmente nos domicílios brasileiros, o PSF é uma “faca de dois gumes”: uma chance para a reconstrução da autonomia e/ou, simultaneamente, uma nova e poderosa força medicalizadora.

Assim, uma interrogação sobre o saber/prática biomédico contemporâneo (clínico-epidemiológico²) parece necessária para se poder vislumbrar quais as possibilidades e desafios dessa medicina quanto à sua relação com o crescimento (ou não) da autonomia dos sujeitos em saúde-doença.

Essas são as justificativas para os dois objetivos deste artigo: 1) refletir sobre a biomedicina quanto aos seus limites para a reconstrução e o fomento da ação autônoma; e 2) esboçar algumas diretrizes para o exercício da clínica médica na atenção à saúde na rede básica e no PSF. Qual o grau de adequação ou inadequação do saber/prática biomédicos para o resgate da ação autônoma? Como é o *modus operandi* da ação biomédica no seu sentido medicalizante (inadequado)? Visando a transformação ou minimização desse sentido, que estratégias podem ser propostas para o trato do problema na clínica da atenção básica?

O primeiro objetivo é abordado por intermédio de um ensaio que discute algumas características do saber e das tecnologias biomédicas de prevenção e cura, bem como dos movimentos cognitivos comumente executados pelos profissionais médicos no dia-a-dia da atenção à saúde na rede básica. A interação médico-doente é usada como foco de referência para a análise que segue (e, por hipótese, pode ser adaptada com as devidas correções para a atuação de outros profissionais de saúde. Por meio dessa análise, almeja-se discutir as duas primeiras questões formuladas.

O segundo objetivo - a terceira questão - é desenvolvido por meio de considerações baseadas em estudo de mestrado e em experiências profissionais e institucionais do autor como médico generalista e sanitarista, discutidas como contribuição para a construção de diretrizes técnico-filosóficas para o trato do manejo da medicalização no nível microsocial dos serviços básicos de saúde - obviamente sem nenhuma pretensão de esgotar o tema.

Biomedicina e autonomia

Os processos interativos entre profissionais de saúde e doentes estão sempre sob tensões de múltiplas naturezas, cujos resultantes gerais têm sido altamente medicalizantes. Além de condicionantes culturais, de gestão dos serviços e de (de)formação profissional dos profissionais médicos, a tese aqui defendida é que os saberes e as tecnologias correntes na biomedicina - no seu funcionamento, no seu uso - tendem a pressionar a interação médico-doente para o reforço da medicalização. Portanto, possuem uma força medicalizante “intrínseca”, por assim dizer.

² Utiliza-se aqui o termo saber “clínico-epidemiológico”, em geral intercambiável com “biomédico”, apenas para ressaltar que se trata de um conjunto integrado que envolve as disciplinas e os saberes tanto da epidemiologia e disciplinas auxiliares quanto da clínica e auxiliares, unidade esta proposta por Camargo Jr. (1992a, b, 1993) como um paradigma clínico-epidemiológico a orientar a biomedicina. Desse modo, apenas é evitada, explicitamente, a tendência de desvincular clínica (medicina) de epidemiologia (saúde coletiva).

Neste tópico é esboçado um olhar crítico sobre o saber biomédico (clínico-epidemiológico), com vistas a um dimensionamento dos limites e desafios do saber clínico-epidemiológico quanto à sua relação com o crescimento (ou não) da autonomia dos doentes ou usuários, ou seja, esmiuçando alguns aspectos “internos” dessa força medicalizante. O saber clínico-epidemiológico atual, a instituição médica e a prática da biomedicina estão inextricavelmente imbricados, motivo pelo qual esses termos serão usados em seu sentido coloquial, sem pretensão de rigorosa conceituação, desnecessária para os fins desta discussão.

Para efeito de análise, os saberes e práticas biomédicos podem ser divididos em duas grandes áreas: uma área de prevenção e uma área de terapêutica. Ainda que ligadas por um mesmo saber fisiopatológico, é comum, tanto no saber como na prática biomédica, que ocorra a prevenção sem o tratamento, ou ocorra o tratamento sem que seja tocada a prevenção. Abordam-se, a seguir, estas duas grandes áreas.

A prevenção

Uma parte da prevenção na biomedicina circula pelo que se pode chamar de noções de higiene, que dizem mais respeito, nesse saber, às doenças infecto-parasitárias. Aqui, a biomedicina contribui para a autonomia dos sujeitos, enriquecendo sua visão com explicações sobre o que considera a patogenia dos microorganismos e a importância profilática da higiene. Ainda que tais noções de higiene não sejam exclusividade deste saber, nada induziria receio quanto à relação dessa parte da biomedicina com o fomento da ação autônoma. Isso vale para os cuidados pessoais e sanitários, no sentido do bloqueio dos meios de transmissão e contaminação, por intermédio de resíduos, água, dejetos, animais etc.

Outra grande parte dessa área preventiva diz respeito a profilaxias específicas, via imunização. Esta é uma parcela nobre do saber dessa medicina, dados os seus investimentos frente a doenças consideradas infecciosas, bem como algumas conquistas atribuídas ao desenvolvimento das vacinas. Responsável por parte da legitimidade e do sucesso da medicina científica no seu embate contra esse tipo de doença, essa parcela de saberes e práticas mostra-se, a uma primeira vista, ambígua quanto à sua contribuição para o crescimento da ação autônoma.

Se, por um lado, esses saberes e suas tecnologias correlatas permitem a existência e a vida de muitas pessoas antes talvez condenadas a sofrimentos, seqüelas ou mesmo morte precoce, por outro lado, eles remetem as pessoas à dependência estrita da instituição médica (via saúde pública), visto que ao cidadão fica atribuída apenas a submissão aos procedimentos tecnicamente determinados. Supõe-se, pela Biociência, o benefício das imunizações, e não se discute com as mães usuárias do SUS sobre se devem ou não vacinar seus filhos, senão quando da rebeldia de algumas, para enquadrá-las. Nesse sentido, o saber biomédico em nada fomenta a autonomia dos sujeitos, pois todo poder, saber e capacidade de decisão estão alheios a eles. Aos cidadãos, cabe apenas anuir o que lhes é prescrito, ou, às vezes, imposto.

Pode-se tentar explicar às pessoas as razões pelas quais deveriam adotar o instituído, mas isso não chegaria nem perto do universo de saberes, incertezas,

polêmicas científicas, riscos, estatísticas, pressões políticas e circunstâncias que norteiam tais decisões. Pouco se contribui, aqui, com a expansão da autonomia, embora se possam diminuir certas morbidades e mortalidades e, assim, prevenir doenças ou suas complicações e, possivelmente, salvar vidas, o que não é nada trivial.

Outra parte dos saberes e técnicas de prevenção é a relacionada a atitudes, costumes, alimentação, estilos de vida, atividade física, etc. Aqui se reúnem as chamadas “orientações higieno-dietéticas” e de “estilo de vida”. Não é necessário um detalhamento desse universo, mas cabem algumas considerações sobre um aspecto que permeia o saber biomédico. É o corolário da busca da medicina por um conhecimento objetivo e universal, no qual a separação entre o ser cognoscente e o conhecido é pressuposta. O saber médico científico divorciou-se da vida e da percepção pessoal, cultural e social dos homens. Ganhou um caráter técnico, esotérico e positivo, um saber dito de terceira pessoa, gerando um abismo entre o que sabem e podem saber o paciente e o médico. Santos (1982) discute essa cisão epistemológica entre saber científico e o que se considera de senso comum, chamando-a de “primeira ruptura epistemológica”. Institucionalizado como ciência, vitorioso social e politicamente, o saber médico é sempre um saber sobre outrem, com características especiais. É um saber sobre as doenças ou probabilidades e riscos de doenças do corpo (ou psique). E, além disso, ainda é: um saber que está além do próprio profissional que supostamente o domina, radicando-se na instituição “Ciência”. Este saber concentrou, de forma espetacular, sua fundamentação e seu poder numa instituição que é representada por um outro transcendente, alheio à pessoa doente, distante dela e inacessível.

Tendo sido seu objeto de atenção reduzido de sujeito doente a corpo (ou psique) doente, corpo portador de doença e, por fim, doenças e seus riscos, o saber clínico-epidemiológico desconhece a saúde e a vida dos sujeitos, as quais vão se transformando em medidas que instrumentos quantificadores e padrões de imagens registram em termos de constantes e variantes fisiológicas, dinâmicas funcionais e fatores de risco estabelecidos por padrões estatísticos (Luz, 1996).

O precedente é dito no sentido de contextualizar teoricamente uma constatação sobre os saberes profiláticos da biomedicina: esta criou um fosso quase intransponível entre o sujeito e os conhecimentos sobre sua própria saúde-doença; entre o saber médico e o saber individual que, na prática, orienta as pessoas e ganha significado e valor diferenciado para cada sujeito, conforme as suas características pessoais, sociais, culturais e econômicas. A “segunda ruptura epistemológica”, proposta por Santos (1982) como necessária, parece difícilíssima na saúde, e mesmo quando buscada parece que nunca chega satisfatoriamente - senão sob a forma de medicalização e sua dependência generalizada.

Com isso, o saber biomédico profilático desligou-se da perspectiva existencial do sujeito doente, pouco dizendo que lhe faça significado vital e lhe remeta a processo de revisão valorativa, no sentido de abrir possibilidades de crescimento, ação e responsabilização em relação a si mesmo, seus próximos e seus problemas de saúde. Como consequência, muitos saberes preventivos estabelecidos por essa medicina ganham caráter de prescrições que não se integram ao universo vivenciado pelo sujeito. Revestem-se de um tom

monástico, asséptico, pouco convincente e operacionalizável, por seu caráter rígido e restritivo: não beba, não fume, não use drogas, durma bem, alimente-se moderadamente, sem excessos, coma mais vegetais, restrinja o açúcar, o sal, a gordura, faça exercícios regularmente, não se estresse etc.

Além disso, a situação da profilaxia se agrava pelo imbróglio valorativo e filosófico no qual esse saber se encontra: destituído de espaço filosófico próprio (como, de resto, a biomedicina como um todo, devido a sua adesão ao modelo científico positivista que transformou esse espaço em debate metodológico), é difícil amalgamar uma proposta de revalorização da questão saúde (vida) que possa articular o saber profilático acumulado pela biomedicina com o universo simbólico e cultural dos doentes.

Talvez só o próprio mundo simbólico e ideológico da instituição biomédica consiga essa façanha, onde tudo se resume à luta contra entidades patológicas - e seus riscos - sempre à espreita, prontas para atacar. Este mundo vive, recentemente, uma obsessão pela prevenção, pelo “estilo de vida saudável”, que se expandiu para a sociedade em geral e a mídia, chamada por Nogueira (2003) de *higiomania* moderna.

Ficam, assim, tais saberes desamarrados em meio à massa de técnicas, valores e ideologias que reforçam a dependência institucional, o consumo farmacêutico e de procedimentos e serviços especializados, a desvalorização da autonomia e de outros saberes ou valores próprios do doente ou de outras referências filosóficas ou culturais diversas. Na prática profissional daí derivada, tais saberes tendem a minimizar o que subsiste de autonomia nos sujeitos.

A terapêutica

Com relação à parte terapêutica do saber biomédico, o diagnóstico é uma categoria central. Se o diagnóstico permite ao médico concluir sobre o que se passa, propor ações terapêuticas e executá-las, permite ao doente uma inter-relação com esse saber biomédico e sua interpretação para a situação de doença vivida. É na direção do diagnóstico que se orienta o fluxo de operações cognitivas na biomedicina. Estas são retomadas, a seguir, para uma discussão de sua relação com a autonomia do doente.

O doente e sua história, na abordagem biomédica, são metamorfoseados em história clínica e dados de exame físico. Estes permitem a geração de hipóteses diagnósticas sindrômicas, fisiopatológicas, anátomo-funcionais e/ou etiológicas, que orientam, conforme o caso, a mobilização de técnicas diagnósticas mais ou menos intervencionistas cujo fim é a construção de um diagnóstico: a leitura médica da situação, que opera ou tenta operar a identificação de uma ou mais patologias no corpo e ou psique do doente.

O(s) diagnóstico(s) determina(m) o quadro interpretativo que o saber clínico-epidemiológico propicia ao profissional de saúde. Este, então, pode oferecê-lo (se isto acontecer) ao doente como explicação para a sua situação e para a terapêutica. Quando exitoso este processo, ele refere-se a uma “doença”, entidade de existência supostamente autônoma, distinta do paciente e no seu corpo instalada, a ser explicada (em geral, apenas nomeada) ao doente e eleita como alvo e objeto das suas atenções, como inimigo a ser combatido e vencido.

Vale ressaltar, a respeito da “teoria das doenças” dessa medicina e do imaginário reinante no mundo medicalizado, que as doenças são vistas como

“coisas”, relacionadas a lesões a serem investigadas no interior do corpo físico e corrigidas com alguma intervenção concreta (Camargo Jr., 1993). É desnecessário comentar que, mesmo em ambientes especializados, o caráter convencional e construtivo das doenças é extremamente difícil de ser percebido, dado que um dos efeitos da construção dos fatos científicos é o apagamento dos vestígios de sua construção, dando-lhes a aparência de pura objetividade (Latour, 2000a, b; Latour & Woolgar, 1997)³.

³ Para uma visão crítica e epistemológica desse ideário, ver Tesser & Luz, 2002.

Ora, operou-se pela via do saber, da interpretação, um movimento de focalização da atenção na doença, como entidade distinta e alheia ao sujeito. Operou-se um desvio específico do olhar, que deixou de lado a vida do sujeito e seu adoecimento nas suas condições de existência (sociais, econômicas, emocionais, ambientais, espirituais), e apresentou as categorias fisiopatológicas, fatores etiológicos e de risco com que trabalha a biomedicina. (Gonçalves, 1994).

Em princípio, tal saber funciona de modo auto-referenciado. Assim, ignora outras perspectivas ou fatores que não aqueles com que trabalha. Caso o profissional possa conceber ou perceber alguma relação distinta, em geral, não poderá fazê-la dialogar com a interpretação do saber clínico-epidemiológico e as terapêuticas respectivas traçadas pelo diagnóstico.

Por exemplo, uma infecção é uma infecção, independentemente de ter sido desencadeada ou estar envolvida em vivências de ordem emocional, existencial ou ambiental. Poderá ser estabelecido um segundo diagnóstico, de ordem “psi”, em geral, mas aí se recai na dicotomia psique-soma. Frequentemente, isso é impossível: uma otite em lactente por “pegar vento frio” é apenas uma otite. Uma “hipertensão arterial” devidamente investigada e bem controlada quimicamente, com anos de evolução, é uma “hipertensão”: não importa se começou especificamente com a perda de um ente querido e se tal dor persiste por décadas, a ponto de desencadear prantos catárticos à segunda pergunta sobre o tema. Ainda que sejam tomadas providências tardias quanto ao problema “emocional” (psicotrópico? psicoterapia?), a pressão alta será tratada independentemente enquanto persistir elevada, em paralelo a outras intervenções para “outros” diagnósticos. Tais exemplos mostram que essas dicotomias e limites estão inscritos também no saber.

Feito o diagnóstico, o doente é “convidado” a aceitar a interpretação técnica do profissional. Mesmo que haja relevantes diferenças culturais, como ocorre na maioria das vezes no Brasil, há um certo grau de sucesso na apropriação pelo doente da interpretação biomédica.

Ainda que o saber médico aponte causas enraizadas na vida do doente, como comumente ocorre nas doenças crônicas, este, enquanto sujeito, praticamente não aparece: é portador de fatores de risco, genéticos, comportamentos de risco etc., todas coisas que são do âmbito de sua vida vivida, mas que lhe ficam estranhas no isolamento e na objetivação biomédica, por mais seus que possam ser. Além disso, ainda que os diagnósticos sejam sindrômicos ou apenas descritivos, operam uma objetivação dos sintomas. Estes receberão intervenção supostamente local (especificamente dirigida), a qual tenderá a desviar a atenção dos sujeitos no sentido já apontado.

Ao diagnóstico segue a terapêutica. As intervenções terapêuticas

biomédicas podem ser resumidas em três grandes tipos, para os fins desta discussão:

1) Combate à etiologia e sua eliminação se possível, comum nas chamadas doenças infecciosas e parasitárias, onde se identifica um agente -um microorganismo ou parasita - como causa única da doença. Este tipo de atuação reproduz e reforça o movimento já operado pelo ato diagnóstico. É relativamente pobre do ponto de vista restrito do fomento da autonomia, ainda que possa salvar muitas vidas, o que não é trivial. Esta é uma das poucas áreas da biomedicina em que os médicos falam em cura sem mal-estar. Em que a sua eficácia, particularmente nos casos graves, não é praticamente questionada por ninguém.

2) A intervenção nos mecanismos fisiopatogênicos ou na sua expressão, para seu controle: usada em todas as doenças não-infecciosas e crônicas, em que não se conhece uma “causa única”. Isso se dá na grande maioria dos casos, particularmente os crônicos. Esse tipo de terapêutica é a grande massa de saberes terapêuticos biomédicos, e está envolvida nas profundas transformações na identidade, nas práticas e nas representações sobre saúde-doença desses doentes, considerados incuráveis.

3) O combate aos sintomas é uma terceira proposta de ação terapêutica que merece destaque, não por alguma especificidade própria, mas pela sua força econômica e cultural, disseminação social e expansão ideológica no meio biomédico e nas populações. A rigor, esta espécie de intervenção pertenceria ao tipo anterior, já que diz respeito à intervenção nos mecanismos semiogênicos para controle da expressão de processos fisiopatogênicos subjacentes, muitas vezes desconhecidos. Mas a força cultural, simbólica e emocional (também comercial e industrial) impõe que sejam categorizados à parte.

A vinculação do combate aos sintomas com o saber médico é ambígua. Ela se dá pelo dever ético de sedar a dor e aliviar o sofrimento, como regra geral e arremedo de doutrina médica. No entanto, isso se confunde com o comodismo profissional e com a impotência do saber biomédico ao se defrontar com queixas e sofrimentos não-enquadráveis na grade nosológica. Não podendo dar sentido ou interpretação satisfatória aos adoecimentos e queixas, ficando com diagnósticos descritivos, o médico tem de recorrer a noções vagas de somatizações, distúrbios funcionais e/ou psicológicos, com os quais a proximidade do saber da biomedicina é pequena. Tais sintomas são, provavelmente, a maioria do que é relatado pelos pacientes. Daí a válvula de escape da inibição de sintomas, altamente medicalizante e de apelo quase irresistível. Doutra parte, mesmo quando se conseguem definir diagnósticos, muitas vezes, a terapêutica restringe-se ao combate aos sintomas.

Esses três tipos de intervenção se realizam por meio de três tipos de tecnologias: farmacológicas, higieno-dietéticas (já comentadas) e cirúrgicas. Essas tecnologias, em qualquer um dos tipos de intervenção terapêutica, padecem dos problemas do ato diagnóstico quanto à sua relação com a ação autônoma. Elas reforçam a heteronomia, no geral, focalizando a atenção na patologia ou no sintoma, que receberá tratamento (idealmente) específico (Sayd, 1998).

Por intermédio dessas duas categorizações (tipos de intervenção e tecnologias de intervenção) associadas à reflexão precedente sobre o momento diagnóstico na biomedicina, pode-se constatar a pouca contribuição do saber

clínico-epidemiológico para o crescimento da ação autônoma. Sintetizando essas reflexões, pode-se dizer que as estruturas conceituais da biomedicina e suas práticas sociocognitivas, sinergicamente com outras forças aqui não analisadas, impõem-lhe limites e problemas quanto ao desafio da reconstrução da ação autônoma, alimentando, de forma importante, a medicalização.

Usando os tipos de tecnologia propostos por Merhy (1997a, b) e Merhy & Chakkour (1997), pode-se dizer que o pólo “duro” do saber biomédico (enquanto tecnologia leve-dura) se sobressai e predomina de forma excessiva sobre o pólo “leve” do mesmo. O paradigma clínico-epidemiológico domina tão largamente o universo conceitual, simbólico e prático dos profissionais e instituições biomédicas, que se mostra pouco permeável ao seu pólo “leve” e à agregação enfatizada de outros saberes “leves” (como os do tipo “psi”) que propiciem uma melhor intermediação nas interações dos profissionais com os doentes, particularmente quanto à reconstrução da autonomia.

O conhecimento gerado na biomedicina amplia a capacidade heterônoma de intervenção material no corpo e nos seus mecanismos fisiopatológicos concebidos e conhecidos; converge técnica, filosófica e politicamente com a medicalização social, a higiomania e a dominação, mas deixa a desejar quando se trata de considerá-lo tecnologia promotora de autonomia. Ressalta-se a importância desse conhecimento e suas técnicas, muito valiosos nos casos em que adoecimentos graves, situações emergenciais, politraumas, fraturas, estágios avançados de desequilíbrio e colapso orgânico necessitam de intervenções em que eles são eficazes e podem salvar vidas, sendo desejável que o façam. Apenas é preciso reconhecer que as situações em que isso ocorre são uma pequena minoria dos problemas de saúde em geral e dos que chegam na rede básica ou no PSF.

Sugestões para a abordagem do problema

Afastadas as ilusões ingênuas quanto à potência do saber e da tradição biomédica como ferramentas emancipatórias⁴ para a atenção à saúde (a clínica), a seguir discutem-se algumas estratégias sugeridas para o enfrentamento do problema, do ponto de vista das práticas cotidianas institucionais. As sugestões se centrarão num momento típico da atenção à saúde biomédica: a consulta médica.

Deve ficar claro que o que segue tem sentido se inserido em um rol de atividades e esforços institucionais, multiprofissionais e gerenciais coerentes com a “filosofia prática” desmedicalizante, adiante sugerida. Os dilemas da medicalização devem ser abordados nas seguintes ações: além-consulta médica, intersetoriais, grupais, educativas, políticas, sanitárias, em parceria com instituições culturais, políticas, educativas etc. Essas ações, não discutidas por estarem fora do escopo deste artigo, são essenciais para evitar a medicalização desenfreada que a pura oferta de consultas médicas comumente gera.

Todavia, mesmo em ambiente institucional adverso, as sugestões apresentadas se propõem a contribuir para uma melhoria do que acontece durante a consulta médica. E, também, para a orientação dos gestores locais na discussão e avaliação da clínica praticada em seus serviços.

Defende-se a necessidade urgente da construção de critérios e saberes para o reconhecimento, o crescimento e a disseminação de inovações na prática médica, na direção de uma clínica ampliada (Campos, 1992, 1997a, b; Cunha,

⁴ Pode-se dizer que toda ferramenta suficientemente dura carrega, embutida na sua estrutura e conformação, em seu funcionamento, os valores e fins projetados para seu uso. Não se pode apertar parafuso de fenda com chave de boca. O que não quer dizer que não se pode deformar uma ferramenta ou usá-la, com adaptações, certas dificuldades e limitações, para fins distintos daqueles nela embutidos. Isso é justamente o que se propõe a seguir.

2004). Algo como uma “desconstrução” da clínica hegemônica e invenção de novos modos e abordagens dos problemas de saúde (tecnicamente diagnosticados ou não).

As sugestões sintetizadas a seguir se baseiam mais em experiências práticas do que na literatura, embora sejam, em parte, antigas orientações da boa clínica, hoje esquecidas ou restritas ao discurso. Ressalta-se que elas portam eficácia se admitidas em conjunto, já que são interdependentes entre si.

1 A primeira sugestão é a eleição do tema da medicalização como objeto de atenção na clínica do dia-a-dia. Como um instrumento de auto-análise e auto-aperfeiçoamento, a questão autonomia-heteronomia é um poderoso analisador das práticas corriqueiras da atenção médica (Campos, 1992). Nesse sentido, há sempre em jogo dois componentes básicos em toda a situação na qual uma pessoa procura ajuda num serviço de saúde.

O primeiro é um componente que envolve o desejo de reconhecimento e legitimação do adoecimento e da impotência frente à situação vivida. Aí está presente a expectativa de uma atenção compassiva, solidária, bem como de uma resposta do terapeuta que interprete o adoecimento e proporcione um tratamento. Comumente, também ocorre uma forte projeção de poder no profissional, nos exames e drogas. Este primeiro componente envolve uma passividade, que será maior quanto mais medicalizado for o doente. Tanto a satisfação completa como a frustração total desta expectativa geram uma tendência à repetição desse movimento, na próxima consulta, no outro exame, no especialista. Este é o campo, interno ao usuário, em que cresce a dependência, a medicalização e a heteronomia.

Por outro lado, há um segundo componente na procura por atenção à saúde: um componente de iniciativa, esperança e desejo de encontro com um curador, que indique quais são os problemas e o que fazer para curá-los ou melhorá-los. Há uma abertura, mesmo que oculta, para um encontro cujo fruto seja o caminho de melhora, mais liberdade, mais saúde. Esse lado, se explorado, pode se revelar fonte de insuspeitadas capacidades e engajamentos em ações geradoras de maior autonomia, participação e responsabilidade; ele revela o potencial de inovação e de resistência latente em todos.

Para a realização de uma atenção à saúde “desmedicalizante” (promotora de autonomia), o profissional deverá satisfazer, em parte, o primeiro componente mencionado. Mas, simultaneamente, deverá oferecer perspectivas de ação, interpretações para seus problemas, convites para a manutenção da esperança, terapêuticas que possam ser uma possibilidade de movimento em direção à solidariedade e ao auto-serviço, à responsabilização e ao aprendizado vivencial, portanto, ao resgate da autonomia.

Dentro deste duplo movimento necessário, de reconhecimento de sua situação de impotência momentânea no que tange à saúde-doença - que permite fazer vínculo - e de convite/oferecimento para um novo movimento em direção à autonomia, o desafio do profissional será estimular o usuário para o segundo componente, em busca conjunta de terapêuticas eficazes e apropriadas, sustentáveis, viáveis, passíveis de acesso ou desenvolvimento.

2 Uma questão crucial para o sucesso dessa empreitada é a idéia definitiva de que cabe ao profissional, como quesito indispensável ao cumprimento da “relação de cura”, o oferecimento de interpretação para o adoecimento do doente, que lhe faça sentido, de modo a tentar reorganizar as representações,

medos, ansiedades e desejos do paciente. Isso, em geral, envolve diálogo e explicação sobre causas, tratamentos e prognóstico. Tal interpretação pode ser provisória, parcial ou pode ser adiada para um encontro subsequente. O importante é que precisa ser abordada e ser personalizada, ainda que signifique a assunção de ignorâncias, e dificuldades de diálogo (devido a bloqueios comunicativos, de linguagem ou alteridade cultural). O assumir integral e emocional, permanente e repetidamente dessa função curandeira (de construir uma *eficácia simbólica*, conforme Lévy-Strauss, 1975), a cada encontro, tem um poder desmedicalizante significativo, desde que acompanhado das demais sugestões propostas.

3 Em meio medicalizado, vive-se numa paranóia complexa, uma luta constante contra doenças graves e seus riscos, que por sua vez retroalimenta a medicalização. Sugere-se que os médicos não deslizem para a compulsão do estabelecimento de diagnóstico (cuidando de fazê-los quando possível), considerando riscos e benefícios de ordem terapêutica, econômica e social, priorizando, a princípio, as conseqüências terapêuticas. Aprender o que Kloetzel (1980, 1999) chamou de *demora permitida* é essencial para qualquer clínica, embora isso não seja fácil de ser aprendido. Tal aprendizado torna-se possível e facilitado em ambiente que permita acompanhamento longitudinal (ao longo do tempo) dos doentes, o que é justamente permitido pelo PSF, sendo esta uma das mais fundamentais mudanças implementadas por essa estratégia⁵.

A tradição biomédica opera como se fizesse diagnósticos precisos; a tecnologia científica proporcionará tratamento eficaz das doenças e, por conseqüência, dos doentes. Este é um pressuposto necessário, porém não suficiente, e muitas vezes falho, nas suas duas partes. Por isso, paralelo a ele, não se pode perder de vista o tratamento dos doentes, para o qual há que se desenvolver habilidades emocionais, cognitivas e tecnológicas para abordagem dos adoecimentos vividos sem a compulsão do fechamento de diagnósticos, ou mantendo grande dose de incerteza diagnóstica - o que é o muito comum - com tranquilidade emocional. Isso, aliás, aperfeiçoa a autocrítica, a competência diagnóstica e a intuição, esta última de grande importância na prática clínica.

4 Ao se construírem diagnósticos, há que tomar extremo cuidado com as palavras. Particularmente, não se deve cerrar o destino dos doentes com nomes das doenças e sua incurabilidade ou controle, já que ambos são relativos aos padrões da medicina científica, cujo poder de previsão com respeito à vida individual de um doente pode variar muito. Os diagnósticos são uma fotografia estática, a vida está em movimento complexo e infundável, ou pode entrar nele. Mas é preciso cuidar de não privar o doente dos conhecimentos e saberes médicos sobre sua situação. A biomedicina é um saber limitado e restrito. A complexidade dos adoecimentos, as múltiplas dimensões (sociais, emocionais, ambientais, existenciais, culturais etc) envolvidas, a fantástica capacidade de cura e transformação da natureza humana fazem com que não se deva resumir todas as possibilidades interpretativas aos diagnósticos biomédicos, e as potencialidades terapêuticas aos tratamentos cientificamente correntes. Tal diretriz está relacionada ao processo de absolutização dos limites pessoais e científicos, sempre difíceis de serem assumidos, que gera “desengano” dos doentes,

⁵ Está, ainda, subvalorizada a importância do acompanhamento longitudinal para a educação permanente e o ensino médico, no seu potencial de melhoria da qualidade da clínica. Tal possibilidade, quase obstruída pelo ambiente hospitalar, pela especialização da biomedicina e pela sua centralidade nas entidades doenças, é de vital importância para a construção de uma tradição inovadora que compense a inadequação, o perigo e as iatrogenias da prática médica na rede básica (e sua percepção), e particularmente quanto à medicalização social.

frustrações bilaterais, e iatrogenias simbólicas. Esta absolutização também se relaciona à arrogância epistemológica herdada da Ciência, segundo a qual todo o saber válido está restrito ao cientificamente validado (Tesser, 2004).

5 Nesse sentido, outro desafio consiste em não sucumbir à tendência de construção e fixação do mito da entidade doença que o doente carrega, nem para o paciente nem para o profissional. Ou seja, tentar *desontologizar* a doença e o sofrimento, devolvendo-os ao doente, partilhando sua angústia e buscando terapêuticas para a situação. Isso demanda uma profunda mudança cultural no imaginário médico, trabalho que praticamente não se iniciou e não terá fim. Esta mudança é necessária e viável se for resgatado o personagem que não tem lugar na “teoria das doenças”: o sujeito doente. Na biomedicina, os doentes e suas vidas orbitam ao redor das doenças. A revolução copernicana necessária nessa medicina implica fazer as doenças orbitarem ao redor dos doentes e suas vidas. Isso, no ambiente especializado da construção do saber científico, não está nem ao menos concebido. Mas na prática clínica, fica facilitado e pode acontecer com uma simples, mas profunda, mudança de enfoque, que aos poucos altera todo o processo cognitivo do raciocínio clínico (Tesser, 2004).

O fim de uma consulta pode não ser apenas uma receita, um pedido de exame ou encaminhamento, mas o início de um novo patamar de diálogo, centrado na situação do doente e seu sofrimento, suas condições psicossocioexistenciais e, principalmente, seus desafios terapêuticos e possibilidades outras de interpretação. É em tal investigação e intervenção que ambos, curador e doente, podem viabilizar melhora clínica e autonomização progressiva.

6 Outro desafio para a clínica biomédica é o resgate ou a reconstrução de antigas diretrizes técnico-éticas genéricas, que fornecem orientação segura, e que quase nunca têm consequência prática nas condutas profissionais. Uma poderia ser “*primum non nocere*”, “primeiro, não ser nocivo”. Toda intervenção em que a relação risco/benefício terapêutico for duvidosa, por princípio, deve ser evitada. Outro adágio se revelaria na missão de proteção que o profissional tem em relação ao doente: protegê-lo, com a biomedicina, dos perigos iminentes, dos agravos à saúde que o estejam ameaçando, seja com risco de vida, de complicação ou seqüela importante, etc., mas também, e isso é imprescindível que fique marcado, protegê-lo dos perigos em que a biomedicina pode se transformar e vem se transformando quando usada sem cuidado, apenas com critérios técnicos convencionais, descolados da vida do usuário (o que já se chamou de prevenção quaternária).

7 É também missão do profissional trabalhar para desmistificar a potente ação inibidora e controladora dos quimioterápicos, particularmente os sintomáticos, que tanto atraem e encantam com sua potência momentânea no alívio de sintomas. Isso pode ser feito conversando-se com o doente, falando a ele sobre o outro lado dessa moeda: o efeito transitório, os efeitos adversos, possíveis efeitos rebotes, o fato de o sintomático intervir em mecanismos apenas semiogênicos, etc.

Levando em conta as reflexões até aqui traçadas, pode-se dizer que todos os sintomáticos químicos, em princípio, devem ser evitados, por várias ordens de motivos. Todo sintoma é, por hipótese, um sinal de alarme de algum processo subjacente, conhecido ou, muitas vezes, desconhecido. Desligar o alarme é indesejável, além de ser alienante, estimulador do consumo, da dependência

dos fármacos e da busca de gerenciamento químico de quaisquer sensações e incômodos. Aqui aparecem limites estilísticos e culturais da biomedicina, que muitas vezes sente-se obrigada a intervir quimicamente para alívio sintomático. Mas isso é abrandado, em grande parte, por meio da boa relação curador-doente e do cumprimento da relação de cura, que maximiza medidas não-quimioterápicas bem-orientadas, e de recursos terapêuticos diversos, seja de outras racionalidades médicas ou mesmo de terapias populares ou caseiras várias. Uma vez que, freqüentemente, remetem a terapêutica e a atenção do doente para sua vida cotidiana, tais medidas facilitam a entrada nos “porquês” e “comos” dos seus problemas, buscando soluções, compreensões e prevenções autonomamente geridas.

Se forem usados sintomáticos químicos, que sejam por tempo estritamente necessário para seu objetivo: alívio rápido e momentâneo dos sintomas, sempre com as devidas orientações quanto ao caráter da droga, seu poder de ação e seus efeitos indesejáveis. Recomenda-se encarar o sintomático como o que é, apenas, um alívio momentâneo, que torne possível e factível o convite-estímulo para a busca e prática de outros movimentos de mais efetiva ação terapêutica, tanto sobre o problema em si quanto sobre a capacidade do paciente para administrá-lo autonomamente.

8 Não se pode deixar de mencionar duas características típicas dos médicos, altamente problemáticas na atenção básica. Em parte derivado do aprendizado intra-hospitalar e sua tradição autoritária, o autoritarismo biomédico dificilmente deixará de ser suficientemente combatido em todos os ambientes profissionais. Particularmente na rede básica, ele tem conseqüências desastrosas, dado que a viabilização e a negociação da terapêutica, a legitimação da relação de cura e a aderência dos pacientes estão, a todo o momento, em questão (Cunha, 2004).

Associado a esta idiosincrasia biomédica, relacional e emocional, está a obsessão pelo controle. Ambas são aprendidas por semelhança nos hospitais de ensino, anteriores a qualquer reflexão e imunes à abordagem racional. Segundo Lacey (1998), o controle é um valor científico de primeira ordem. Ele está imiscuído, evidentemente, em toda a estrutura do saber científico em geral e do saber médico em particular. Diluído nos processos cognitivos dos médicos, o controle como valor se mistura inextricavelmente com o autoritarismo, causando dificuldades relacionais e medicalizantes na clínica da atenção básica, de proporções assustadoras. As sugestões quanto a este problema passam por longo aprendizado emocional, cognitivo e relacional sobre a assunção das responsabilidades de curandeiro (oficial) sem a ilusão da obtenção do controle, com o cultivo do que se pode chamar de humildade curandeira - a qual contrabalança a arrogância e o autoritarismo viscerais dos médicos. O ambiente de cuidado continuado de uma coorte de pacientes, proporcionado pelo PSF, parece ser o mais rápido meio de tratamento dessas idiosincrasias medicalizantes, tanto na formação médica como na educação permanente.

9 A prática dessas sugestões implica uma busca continuada por terapêuticas que incrementem a eficácia clínica e simbólica, além da autonomia dos doentes, sempre levando em conta avaliações compartilhadas de risco-benefício terapêutico. Isso significa alimentar uma eterna procura de interpretações e terapêuticas, que, a princípio, não precisa respeitar nenhuma racionalidade médica (Cunha, 2004; Tesser, 2004).

Segundo Almeida (1996), a terapêutica é a grande provedora de *feedback*, a verdadeira retroalimentação às teorias e práticas médicas. No entanto, a terapêutica biomédica e seu *feedback* estão “amarrados” pela metodologia científica dos ensaios clínicos, que monopolizou a legitimidade para dizer o que “realmente” acontece ou não como resultado dos tratamentos de saúde (Tesser, 2004). A terapêutica “*impõe, obriga, constrange o pensamento e a ação na busca da finalidade; é geneticamente teleológica*” (Almeida, 1996, p.174). Para esse autor, a premissa da busca do resultado terapêutico abala as fronteiras doutrinárias. A natureza do campo da terapêutica não só permite como demanda o ecletismo, uma categoria excluída da medicina científica. “*Nessa perspectiva, o ecletismo significaria a determinação médica de capacitar-se de forma ampla ou, simplesmente, de admitir a multiplicidade de recursos terapêuticos e das medicinas, cujo acesso é um direito do paciente*” (Almeida, 1996, p.168).

Para melhorar a atenção biomédica e abrir espaço para o reconhecimento, estudo e uso de outras terapêuticas e racionalidades médicas, faz-se mister a assunção dessa revalorização da terapêutica, a qual exige um ecletismo que faz reemergir o empirismo. Daí pode nascer uma reconstrução da clínica e a abertura do ambiente da atenção básica para o enriquecimento e a ampliação das práticas em saúde, sejam biomédicas ou não. Assim, fica facilitado o desenvolvimento de ações de maior eficácia terapêutica e promotoras de autonomia, restringindo ao máximo a medicalização.

Para finalizar, vale ressaltar que a construção de uma tradição de prática clínica menos medicalizante na rede básica e no PSF é uma tarefa urgente, tanto para a formação médica como para a educação permanente. A juventude relativa do SUS e do PSF e sua dificuldade em interagir com a formação médica, em parte, explicam a lentidão dessa construção; mas ela compromete, em muito, a potencialidade do PSF e do investimento na sua rede básica, caso continue por longo tempo. Isto significa, concretamente, o perigo de uma aceleração na medicalização social, caso o PSF cresça sem inovar na clínica que oferece a seus usuários.

Referências

- ALMEIDA, E. L. V. **As razões da terapêutica**. 1996. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- CAMARGO Jr., K. R. **O conceito de paradigma em Kuhn**: aplicação na epistemologia do saber médico. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1992a. (mimeogr.)
- CAMARGO Jr., K. R. **Paradigmas, ciência e saber médico**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1992b. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 6)
- CAMARGO Jr., K. R. **Racionalidades médicas**: a medicina ocidental contemporânea. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993. (Série Estudos em saúde coletiva, 65).
- CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma**. São Paulo: Hucitec, 1992.
- CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em saúde. In: MERHY, E. E., ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997a. p.197-228.
- CAMPOS, G. W. S. **Viabilidade do SUS**. Apostila do curso de pós-graduação do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM – Unicamp, 1997b.
- CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 2004. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas.
- FLECK, L. **La génesis y el desarrollo de un hecho científico**. Madrid: Alianza Editorial, 1986.
- GONÇALVES, R. B. M. Reflexão sobre a articulação entre investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônico-degenerativas. In: COSTA, D. C. (Org.). **Epidemiologia**: teoria e objeto. 2.ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994. p.39-86.
- ILLICH, I. **A expropriação da saúde**: nêmesis da medicina. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.
- KLOETZEL, K. **Clínica médica**: raciocínio e conduta. São Paulo: EPU, 1980.
- KLOETZEL, K. **Medicina ambulatorial**: princípios básicos. São Paulo: EPU, 1999.
- LACEY, H. **Valores e atividade científica**. São Paulo: Discurso Editorial, 1998.
- LATOUR, B. **Jamais fomos modernos**: ensaios de antropologia simétrica. 2ª reimp. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2000a. (Coleção TRANS).
- LATOUR, B. **Ciência em ação**: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora. São Paulo: Editora Unesp, 2000b.
- LATOUR, B.; WOLLGAR, S. **A vida de laboratório**: a produção dos fatos científicos. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.
- LÉVI-STRAUSS, C. Magia e religião. In: _____ **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro: Ed. Tempo Brasileiro, 1975. p.193-276. (Coleção Biblioteca Tempo Universitário, 7).
- LUZ, M. T. **Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1996. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 62).
- LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**. v.7, n.1, p.13-43, 1997.
- MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E. E., ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997a. p.197-228.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E., ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997b. p.71-113.
- MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E., ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p.113-61.

TESSER, C. D.

NOGUEIRA, R. P. **A saúde pelo avesso**. Natal: Seminare Editora, 2003.

SANTOS, B. S. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. Campus: Rio de Janeiro, 1982.

SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente**: contra o desperdício da experiência. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2000.

SANTOS, B. S. **Do pós-moderno ao pós-colonial**: e para além de um e outro. Coimbra, 2004.
Disponível em: <http://www.ces.fe.uc.pt/misc/Do_pos-moderno_ao_pos-colonial.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2005.

SAYD, J. D. **Mediar, medicar, remediar**: aspectos da terapêutica na medicina ocidental. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

TESSER, C. D. **A biomedicina e a crise da atenção à saúde**: um ensaio sobre a desmedicalização. 1999. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

TESSER, C. D. **Epistemologia contemporânea e saúde**: a luta pela verdade e as práticas terapêuticas. 2004. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

TESSER, C. D. Medicalização Social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.10, n.19, p.61-76, 2006.

TESSER, C.D.; LUZ, M.T. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea à medicina. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.7, n.2, p.363-72, 2002.

TESSER, C. D. Medicalización social (II): limites biomédicos e propuestas para la clínica en la atención básica. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.20, p.347-62, jul/dez 2006.

La medicalización social destruye o disminuye la autonomía de las poblaciones para decidir sobre su salud o enfermedad y genera una demanda infinita a los servicios de salud, lo que implica un gran desafío para el SUS. Este artículo discute los límites de los saberes y prácticas de la biomedicina referidos a la promoción de la autonomía de los usuarios y propone algunas directrices para el manejo de esos límites. Concluye que las tecnologías de intervención, los saberes biomédicos y sus operaciones cognitivas contribuyen poco para garantizar la autonomía de los enfermos. Frente a estos límites, sugiere una resignificación de los saberes biomédicos, centrada en la función “curandera” de los equipos de salud, vista como la misión de reconstruir la autonomía, prevenir y curar los padecimientos vividos más allá de los diagnosticados. Defiende una reorganización de valores y metas de la clínica biomédica en la atención básica, como la relativización de los diagnósticos, la desontologización de las enfermedades y riesgos, el fin de la obsesión por el control, el combate al autoritarismo biomédico y la priorización de la terapéutica.

PALABRAS CLAVE: medicalización social. epistemología. programa salud de la familia. atención primaria a la salud. clínica médica. habilidad clínica.

Recebido em 09/01/06. Aprovado em 30/04/06.