

# **RACIONALIDADES MÉDICAS E FORMAÇÃO EM SAÚDE: UM CAMINHO PARA A INTEGRALIDADE**

**Maria Inês Nogueira<sup>1</sup>**

Nogueira, M. I. Racionalidades Médicas e formação em saúde: um caminho para a integralidade. In: *Por uma sociedade cuidadora*. PINHEIRO, R.; SILVA JR, A. G. S. (org.) Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ, 2010.

Cada frase que escrevo já visa sempre o todo, logo sempre de novo a mesma coisa, e todas não passam por assim dizer de aspectos de um objeto considerado de ângulos diferentes.  
(Ludwig Wittgenstein)

## **1. Introdução**

Ao trazer o tema das Racionalidades Médicas para o ensino, abre-se a possibilidade de discutir os fundamentos epistemológicos de saberes e práticas em saúde.

Um dos propósitos desse artigo é demonstrar a relevância de uma perspectiva epistemológica para uma reflexão sobre Racionalidades Médicas, formação profissional e integralidade do cuidado em saúde. O enfoque epistemológico aqui adotado é o proposto por Camargo Jr. (2004), relacionado à tradição de língua inglesa, que define epistemologia como o estudo do conhecimento e da justificação, sem assumir a possibilidade de um conhecimento absoluto ou infalível. Tal enfoque difere do da tradição filosófica francesa, que associa a palavra epistemologia à ideia de “filosofia da ciência”. Procura-se ainda desvincular a ideia de “conhecimento válido” da de “conhecimento científico” e com isso evitar a utilização da palavra “científico” como sinônimo de “verdadeiro”, “real” e “objetivo”.

---

<sup>1</sup> Pós-doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ. Professora Adjunta do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde da Comunidade da UFF.

Esta perspectiva mostra-se também adequada para a compreensão das Racionalidades Médicas, não somente do ponto de vista de critérios de eficácia internos dos modelos teóricos, mas principalmente como práticas de saúde orientadas por paradigmas, de acordo com o referencial de Kuhn, ou coletivos de pensamento, segundo Fleck (Nogueira, 2003).

O desafio de tornar as práticas de saúde mais eficazes requer um posicionamento crítico frente aos obstáculos inerentes à própria racionalidade biomédica que limitam a prática clínica. Tanto o reducionismo organicista quanto a fragmentação do conhecimento em especialidades, terminaram por configurar uma medicina ocidental altamente tecnológica, muitas vezes incapaz de abordar com sucesso a complexidade do adoecimento humano.

Para a formação de profissionais de saúde capazes de atuar de forma mais integral e humanizada, torna-se imprescindível problematizar algumas concepções, em especial as de saúde e doença. É importante também conhecer o processo de construção dos modelos terapêuticos utilizados, para que se possa historicizá-los e conseqüentemente desnaturalizá-los.

Nesse sentido, ao propor uma discussão sobre Racionalidades Médicas e formação em saúde, recupera-se uma reflexão que articula os conceitos de saúde e cultura, problematiza os potenciais e os limites da prática clínica, ao mesmo tempo em que se introduz uma abordagem crítica da ciência.

## **2. Perspectiva Anatomoclínica X Perspectiva Vitalista**

A narrativa de Foucault sobre o nascimento da clínica, processo que se desenvolve desde o Renascimento até o final do século XVIII, apresenta a criação da experiência médica moderna e o surgimento de um “olhar anatomoclínico” – o saber da

verdade, que fazia parte da observação da vida, desloca-se em direção à observação da morte. Há uma conversão do olhar médico, que passa a incluir a morte em seu conjunto técnico e conceitual, já que “a morte era a única possibilidade de dar à vida uma verdade positiva” (Foucault, 1980, p.166).

No processo de surgimento da anatomoclínica consolida-se uma outra vertente na caracterização das doenças, não mais como um fenômeno vital, mas como a expressão de lesões celulares: “a nova concepção de doença passa a ser a categoria central do saber e da prática médica” (Camargo Jr., 2003, p.109).

Através do deslocamento epistemológico de uma arte de curar indivíduos doentes para uma disciplina das doenças, a medicina ocidental torna-se definitivamente uma “ciência das doenças”. Ao instituir a doença e o corpo como objetos, excluindo do campo da cientificidade a vida, a saúde e a cura, a medicina inclui-se na racionalidade científica moderna (Luz, 1988).

A consolidação desse processo ocorre a partir de profundas transformações no ensino e na prática médica. O hospital, local onde se torna possível reunir em grande número as observações necessárias ao estabelecimento das descrições anatomopatológicas e a realização de necrópsias, transforma-se em uma máquina de pesquisa e de ensino. A partir de então o hospital torna-se fundamental para o ensino da medicina (Camargo Jr., 2003).

Canguilhem (2005) formula uma série de críticas sobre a razão médica nas sociedades contemporâneas, em que a medicina se empenhou para se tornar uma ciência das doenças, tais como: a dissociação progressiva entre a doença e o doente, o tratamento dos doentes como objetos e não como sujeitos de sua doença e o desinteresse pelas tentativas de compreensão do papel e do sentido da doença na experiência humana.

Através de uma perspectiva vitalista, Canguilhem (2005) aborda a doença de forma peculiar, inserindo-a na história pessoal do ser humano: “as doenças do homem não são somente limitações de seu poder físico, são dramas de sua história”. (2005: 63)

A partir da década de sessenta, verificou-se um renascimento da perspectiva vitalista na área da saúde impulsionado pelo “movimento da contracultura”. Campbell (1997) defendeu a existência de um processo de orientalização recente e progressiva do Ocidente, que se iniciou nesse período, quando um conjunto de crenças “essencialmente orientais” foram adotadas pela minoria influente que compunha a contracultura. Com o impacto dessas ideias na sociedade ocidental, difundidas posteriormente pela Organização Mundial da Saúde (OMS), verificou-se um crescimento de todas as racionalidades e práticas que partilham de uma perspectiva vitalista (como, por exemplo, a Homeopatia, a Medicina Chinesa, a Medicina Ayurvédica, etc.).

A perspectiva vitalista é essencialmente uma perspectiva integradora, por estar centrada tanto na experiência de vida do paciente como na sensibilidade do terapeuta em detectar sinais de desequilíbrio nessa experiência. Caracteriza-se por estar assentada no primado da energia sobre a matéria e do doente sobre a doença. A noção de que a energia organiza a matéria (e as estruturas orgânicas) e não vice-versa constitui o aspecto teórico unificador dessa proposta (Queiroz, 2006).

Outras características importantes dessa perspectiva, levantadas por Queiroz (2006), são: a crença de que a doença provém principalmente de um desequilíbrio interno, ao invés de uma invasão por um agente patogênico externo; o caráter não intervencionista (certas manifestações sintomáticas podem ser percebidas como necessárias, por serem provenientes de causas mais profundas, que abrangem o indivíduo e o seu modo de vida); os períodos de saúde precários são, muitas vezes, considerados estágios naturais na interação contínua entre o indivíduo, seu meio

ambiente e sua experiência de vida; estar em equilíbrio dinâmico significa passar por fases temporárias de doença, nas quais se pode aprender e crescer.

Na Conferência de Alma-Ata, em 1978, a OMS critica o modelo médico hegemônico baseado no hospital e na indústria farmacêutica e passa a recomendar a utilização dos recursos das medicinas não oficiais pelos sistemas nacionais de saúde. Tal postura aparece pela primeira vez no Brasil na proposta da VIII Conferência de Saúde, em 1986, e inspira a criação do Sistema Único de Saúde, com a inclusão das chamadas práticas alternativas como direito democrático do usuário escolher a terapêutica preferida (Queiroz, 2006).

Nos últimos anos, o campo da Saúde Coletiva no Brasil trouxe à tona a discussão sobre a integralidade das ações de saúde, incrementando o debate sobre as práticas de cuidado integrais. Essa discussão envolve necessariamente a questão da formação em saúde. A formação médica tradicional, orientada pela categoria “doença”, privilegia a objetivação dos problemas de saúde ao enfatizar os aspectos biológicos do adoecimento. Ao passo que as propostas de reorientação da formação profissional em saúde buscam organizar as práticas profissionais a partir de um referencial mais abrangente – as “necessidades de saúde” da população – com o objetivo de ampliar o olhar desses profissionais para o Sujeito doente.

### **3. Racionalidades Médicas, Complementaridade e Integralidade**

A categoria “racionalidade médica”, proposta por Madel Luz no início dos anos 1990, foi construída ao estilo de um tipo ideal de Weber, isto é, com seus traços ou dimensões fundamentais modelados a partir de uma operação indutiva.

De acordo com a proposição de Luz, a categoria “racionalidade médica” pode ser resumidamente definida como “um sistema lógico e teoricamente estruturado,

composto de cinco elementos teóricos fundamentais”, quais sejam: morfologia (anatomia humana); dinâmica vital (fisiologia); doutrina médica; sistema de diagnósticos e sistema de intervenções terapêuticas. Além desses elementos constitutivos, considera-se que os fundamentos das diversas racionalidades residem em cosmologias, ou cosmovisões, que impregnam todas as dimensões das racionalidades, qualificando as suas raízes filosóficas (Luz, 1996).

A utilização dessa categoria permite o estudo comparativo de sistemas médicos complexos. As dimensões descritas anteriormente se configuram como “signos de comensurabilidade” e passam a ser a base de comparação entre as diversas racionalidades estudadas, sem que haja um juízo de valor ético ou epistemológico. Nessa operação metodológica elimina-se, propositalmente, o estudo de uma série de práticas conhecidas como “terapêuticas alternativas” (Luz, 1996).

Entretanto, para se estabelecer paralelos, pontos comuns ou complementares, Luz adverte que não se deve conduzir o estudo pela dimensão doutrina médica, pois esta dimensão acentua os pontos de diferença e de conflito entre as racionalidades. As dimensões da diagnose e da terapêutica (ligadas à prática médica) são mais indicadas para estudos comparativos, pois em qualquer sistema médico, independentemente de sua racionalidade, grande parte de sua eficácia está condicionada ao desempenho do terapeuta (Luz, 1996).

Nessa reflexão, é importante resgatar mais um elemento que Luz (1996) traz para a discussão das Racionalidades Médicas – os “papéis terapêuticos” atribuídos a elas. O “imaginário científico” da biomedicina, racionalidade médica hegemônica, deve-se a sua forte relação com a tecnologia. A homeopatia, por ser muito utilizada no tratamento de doenças alérgico-respiratórias e psicossomáticas, e a medicina chinesa,

associada ao tratamento de doenças do sistema músculo-esquelético (graças a sua eficácia no alívio das dores), terminam assumindo estes “papéis terapêuticos”.

Ainda que seja pertinente a crítica de que os papéis terapêuticos terminam por reduzir uma racionalidade médica completa, acredita-se que essa apropriação feita pela população usuária (e também por alguns terapeutas) pode ser observada através de um ângulo positivo. Tal apropriação, ainda que reducionista, pode ser vista como um sinalizador de complementaridade entre as várias racionalidades médicas, ao discriminar os benefícios advindos de certas opções terapêuticas em situações específicas do adoecimento. Convém lembrar que o desenvolvimento dessas práticas médicas na sociedade ocidental acontece usualmente por meio de interações e assimilações variadas, em sintonia com a fragmentação e o sincretismo da cultura contemporânea.

A articulação entre Racionalidades Médicas e Integralidade é outra questão que pretende se discutir neste artigo. De acordo com Tesser *et al* (2008), em toda racionalidade médica há uma dimensão teórica, centrada no saber, e outra, mais “artística”, ligada à prática. Os autores argumentam que a dimensão vinculada aos saberes biomédicos não ajuda a construir a integralidade, na medida em que estes saberes estão dirigidos às doenças e seus riscos. Afirmam, então, que “a integralidade é um problema epistemológico para a racionalidade biomédica e, sendo esta a referência teórico/prática e institucional do SUS, o problema desloca-se para o próprio SUS” (Tesser *et al*, 2008, p. 199).

Ao contrário, nas racionalidades não biomédicas, a integralidade não é somente uma questão ética ou uma ideia reguladora, mas um alicerce fundador e organizador do saber, presente na construção da diagnose e da terapêutica. Assim, essas racionalidades

trabalham com a integralidade, tanto na perspectiva ética quanto na epistemológica (Tesser *et al*, 2008).

Mesmo concordando basicamente com o ponto de vista dos autores, vale ressaltar que toda e qualquer racionalidade médica isoladamente apresenta limitações ao lidar com os diversos processos de adoecimento. Esses limites podem ser verificados em uma ou mais dimensões, seja no diagnóstico ou na terapêutica, em situações relativas à promoção da saúde ou na prevenção de doenças.

De fato, é preciso admitir que nenhuma racionalidade médica por si só é detentora do monopólio da integralidade, ainda que as racionalidades não biomédicas sejam mais afeitas ao princípio da integralidade devido às suas características integradoras. Essa constatação fala a favor da necessidade de uma pluralidade na assistência, de um trabalho interdisciplinar em saúde e da complementaridade entre os diversos saberes.

#### **4. Racionalidades Médicas e Formação em Saúde**

Apresenta-se a seguir um breve relato<sup>2</sup> de duas experiências de ensino com o tema das Racionalidades Médicas, que acontecem no Instituto de Saúde da Comunidade da UFF: Paradigmas em Saúde na Contemporaneidade (no Mestrado em Saúde Coletiva – PPGSC / UFF) e Trabalho de Campo Supervisionado – Tema: Racionalidades Médicas (na Graduação em Medicina da UFF).

##### **4.1 – Racionalidades Médicas no Mestrado em Saúde Coletiva**

A disciplina Paradigmas em Saúde na Contemporaneidade, oferecida aos alunos do Mestrado em Saúde Coletiva da UFF viabiliza o conhecimento de novas abordagens sobre o adoecimento humano. A proposta principal é desenvolver uma reflexão

---

<sup>2</sup> A autora é também a docente que conduziu as duas experiências relatadas.

epistemológica sobre os fundamentos de diversos paradigmas em saúde e problematizar a sua convivência na contemporaneidade.

Inicialmente, discute-se o surgimento de novos paradigmas em saúde na segunda metade do século XX. A partir de então a reflexão se volta para as contribuições desses paradigmas na área da saúde, com destaque para alguns de seus aspectos inovadores: a afirmação da Saúde como categoria central; a valorização do Sujeito doente ao invés da Doença; a importância da relação terapeuta-paciente como elemento fundamental do atendimento; a busca de meios terapêuticos simples, baratos e eficazes em situações comuns de adoecimento e o resgate da autonomia do paciente (Luz, 2005).

Procura-se, paralelamente, estabelecer uma articulação entre essas características e certas premissas humanizantes atuais do campo da Saúde Coletiva, tais como: a ampliação da clínica, o acolhimento, o cuidado e a integralidade das ações de saúde.

#### **4.2 – Racionalidades Médicas na Graduação Médica**

A Escola Médica da Universidade Federal Fluminense (UFF) desenvolveu um processo de mudança curricular desde 1992, que foi implementado em 1994. O novo currículo ampliou a participação dos estudantes nas atividades práticas durante toda a graduação e introduziu cenários diversificados de aprendizagem. No Programa Prático-Conceitual da grade curricular, destaca-se como inovação a disciplina Trabalho de Campo Supervisionado (TCS). Durante o primeiro ano de formação, em TCS, os alunos, em grupo de 10 a 12, visitam diversos espaços e instituições supervisionados por um preceptor (Saippa-Oliveira *et al*, 2004).

No 1º período do curso médico, a disciplina TCS é estruturada a partir do eixo saúde-cultura e os alunos são divididos em grupos com temas diversos. Trabalha-se com uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem – os estudantes participam da

construção da disciplina através de suas opiniões e sugestões em várias etapas do processo avaliativo. No final do semestre cada grupo apresenta a sua experiência para a turma toda em um seminário final.

A experiência de Trabalho de Campo Supervisionado aqui descrita refere-se a um grupo do 1º período com enfoque no tema Racionalidades Médicas.

Em um primeiro momento a proposta de trabalho é comum a todos os grupos. Apresenta-se a inter-relação entre saúde e cultura e a contribuição das ciências humanas e sociais para a compreensão do processo saúde-doença. Em seguida, são discutidos textos sobre pesquisa social em saúde.

Após essa etapa inicial, cada grupo volta-se para o seu tema específico. Faz-se uma abordagem prático-conceitual das três racionalidades médicas escolhidas para estudo – biomedicina, medicina chinesa e homeopatia. A proposta central é mostrar como cada modelo médico foi construído e como se trabalha com aquele modelo.

Inicia-se então uma discussão em sala de aula de cada racionalidade médica em questão, a partir da leitura de textos e de outras dinâmicas associadas (filmes, debates, dramatizações, etc.).

Em TCS, o cinema é utilizado como instrumento pedagógico em vários momentos: na apresentação da disciplina, em situações específicas de cada grupo e na organização de sessões coletivas enfocando um assunto relevante para toda a turma.

Para o grupo das Racionalidades Médicas são exibidos inicialmente dois filmes: Lição de Anatomia (produção UFRJ-UFF) e O Sentido da Vida (episódio “O Nascimento”) – do grupo *Monty Python*. Ambos traçam uma visão crítica da medicina, com enfoque na profissão médica, na relação médico-paciente e nas consequências indesejáveis do uso abusivo da tecnologia.

Na apresentação das racionalidades médicas vitalistas, utiliza-se o filme *Hair* (de Milos Forman), que recria a atmosfera da contracultura e contextualiza o surgimento das chamadas “medicinas alternativas” no Ocidente. Apresenta-se também um documentário sobre as Medicinas Integrativas (produzido pela *Globo News*), com depoimentos de terapeutas e pacientes.

Os campos das Racionalidades Médicas são os momentos mais aguardados pelos estudantes. São programadas visitas à instituições de saúde e de ensino relacionadas com as três racionalidades médicas estudadas. A observação dos atendimentos é orientada por um roteiro, elaborado em conjunto com os alunos, com foco nas seguintes questões: impressões sobre o ambiente; relação médico-paciente<sup>3</sup>; articulação da anamnese com os conceitos de *illness* e *disease* (Camargo Jr., 1998); observações dos sentimentos do observador.

O Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) é utilizado como campo de observação da biomedicina em dois espaços específicos: o ambulatório de endocrinologia e a enfermaria de clínica médica.

Na Medicina Chinesa, os ambulatórios de acupuntura (da Policlínica Sylvio Picanço, em Niterói, e do Instituto de Acupuntura do Rio de Janeiro) foram os escolhidos como campo de observação.

Para conhecer a Homeopatia, os campos selecionados foram o ambulatório de homeopatia da Policlínica Sérgio Arouca, em Niterói, e o Instituto Hahnemanniano do Brasil, no Rio de Janeiro. Por fim, programa-se uma visita à ONG Ação pelo Semelhante – que desenvolve inúmeras ações em prol do conhecimento e da difusão da Homeopatia – além de divulgar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) para a população.

---

<sup>3</sup> A expressão relação médico-paciente é mantida no roteiro por ser tradicionalmente usada em ambientes médicos, mas o termo “paciente” é problematizado com os alunos.

## **A percepção dos alunos**

No final do curso foi solicitado que os alunos<sup>4</sup> respondessem a seguinte pergunta: – Na sua opinião, qual a principal contribuição do tema Racionalidades Médicas para a formação médica?

Dos nove alunos do grupo, oito enviaram seus comentários por *e.mail*.

Foram então selecionadas as cinco categorias temáticas mais significativas do conjunto discursivo, ordenadas pelo critério de frequência, que são apresentadas a seguir com o propósito de ilustrar a reflexão desenvolvida neste estudo.

### Ampliação do Olhar

- *“Conhecer outros modelos médicos, entender um pouco outras formas de olhar o adoecimento, o paciente, a cura. Depois de todas as experiências vividas nos campos e a partir dos textos que li, vejo a importância de olhar o paciente sobre vários aspectos, não somente os físicos.” (Aluna 6)*

- *“Tomei conhecimento de conceitos que até então ignorava e verifiquei que a medicina contemporânea deve ser feita por profissionais abertos a novas possibilidades. Me fez descobrir que não existe apenas um modelo para cuidar do paciente, mas sim vários.” (Aluna 4)*

- *“O conhecimento de diferentes formas de olhar para o paciente, considerando diferentes dimensões da vida das pessoas.” (Aluno 5)*

- *“Me deu a oportunidade de adquirir uma visão de mundo mais ampla. Além disso, foi uma oportunidade de apurar o senso crítico e de refletir sobre o meu futuro profissional.” (Aluno 7)*

---

<sup>4</sup> Todos os alunos do grupo assinaram previamente um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizando a utilização de seus comentários em eventuais publicações, com a garantia de sigilo dos nomes dos participantes.

### Relação médico-paciente

- *“Aprendi que existem outras formas de tratamento para as doenças, existem outras formas de olhar o doente e a doença. E agora estou muito voltada a até mesmo fazer homeopatia, porque achei muito importante a relação que essas outras racionalidades têm com o paciente.” (Aluna 2)*
- *“Achei extremamente válido a discussão sobre a relação médico-paciente. Como paciente, observo a maior parte dos médicos descompromissados com o indivíduo e sua história e fagocitados pela vaidade e pela prática do consumismo.” (Aluna 4)*
- *“Acredito que a maior contribuição deste tema tenha sido abrir meu olhar para novas experiências, desmistificar algumas concepções e mostrar-me que há várias formas de melhorar a relação médico-paciente.” (Aluna 6)*
- *“Acredito que contribuirá muito para a relação com meus pacientes e principalmente para as minhas escolhas durante a formação, procurando sempre escolher matérias que ajudem a entender melhor os pacientes.” (Aluno 5)*

### Quebra de preconceitos

- *“Eu desmistifiquei alguns preconceitos que tinha.” (Aluna 2)*
- *“Mesmo que eu nunca trabalhe com acupuntura ou homeopatia, se um paciente no futuro disser que deseja procurar uma dessas racionalidades, eu entenderei e não olharei com preconceito.” (Aluno 3)*

### Complementaridade

- *“Com o maior esclarecimento sobre acupuntura e homeopatia, trarei em minha prática médica o exercício da complementaridade (...) saber verificar qual é a melhor opção para a melhora do paciente.” (Aluna 1)*

#### Novas opções profissionais

- *“A oportunidade de entrar em contato, desde cedo, com vertentes médicas até então pouco exploradas e que tendem a crescer e a ganhar mais adeptos. Isso é, de fato, um diferencial, pois possibilita que, no futuro, eu avalie, com um pouco mais de critério, possíveis especializações nessas áreas.”( Aluno 8)*

Como não poderia deixar de ser, a introdução do tema Racionalidades Médicas na graduação médica, no contexto da disciplina Trabalho de Campo Supervisionado, representa muito mais um convite aos estudantes para entrarem em contato com novas concepções e olhares do que um estudo teórico dos paradigmas médicos.

No entanto, o propósito inicial – facilitar a construção de um olhar integral sobre os usuários dos serviços de saúde, resgatando os aspectos subjetivos do adoecimento – parece ter sido alcançado. De forma pragmática, esta proposta possibilita que os modelos médicos sejam vistos, não como verdades absolutas, mas como recortes arbitrários da realidade.

De um modo geral, os comentários dos alunos mostraram que a reflexão sobre as “racionalidades médicas” pode se tornar uma ferramenta importante para a formação de profissionais capazes de lidar com a complementaridade entre os saberes, na perspectiva da integralidade.

## **5. Considerações finais**

Ao construir um olhar de profundidade sobre o corpo humano, a racionalidade biomédica desencadeou um desenvolvimento tecnológico sem precedentes e tornou-se hegemônica, apesar da fragmentação e redução do Sujeito.

As racionalidades médicas vitalistas, por outro lado, viabilizam a ampliação do olhar do terapeuta para outras dimensões presentes no adoecimento, com a inclusão da subjetividade na prática clínica, permitindo assim que o Sujeito possa ser visto. O resgate da subjetividade pode ser um caminho para a integralidade do cuidado em saúde.

Parece sensato admitir que não é preciso fazer escolhas excludentes entre uma forma de olhar e outra, já que ambas são necessárias, dependendo da especificidade da situação de adoecimento – cada caso é um caso. Citando Nascimento: “consideremos solidário um intercâmbio de caráter cooperativo que entende que os procedimentos terapêuticos possam combinar técnicas e medicamentos, sem que haja necessariamente base teórica comum” (2006: 173). Acredita-se, portanto, na possibilidade de uma convivência harmoniosa entre os paradigmas a serviço da saúde do indivíduo que demanda cuidado.

Ao refletir sobre “o corpo incerto”, Ortega (2008) faz uma distinção importante entre “o corpo que eu tenho”, o corpo-objeto, alvo do modelo biomédico e “o corpo que eu sou”, corpo vivo e corpo vivido. O autor mostra que na cultura contemporânea o corpo é ao mesmo tempo cultuado e desprezado, e esse aumento da atenção e de controle produz incerteza maior a seu respeito.

Talvez seja necessário abrir mão das garantias ilusórias de objetividade e adotar uma certa sabedoria da incerteza, para que, parafraseando Foucault, “a noite viva não se dissipe na claridade da morte” (1980: 168).

## Referências bibliográficas

CAMARGO JR., K. R. *Medicina, médicos, doenças e terapêutica: exame crítico de alguns conceitos*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1998. 14 p. (Série Estudos em Saúde Coletiva; n. 170).

\_\_\_\_\_. *Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

\_\_\_\_\_. Epistemologia numa hora dessas? (Os limites do cuidado). In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004.

CAMPBELL, C. *A orientalização do Ocidente: reflexões sobre uma nova teodicéia para um novo milênio*. *Religião e Sociedade*, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.5-22, 1997.

CANGUILHEM, G. *Escritos sobre a medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

LUZ, M. T. *Natural, racional e social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

\_\_\_\_\_. *VI Seminário do Projeto Racionalidades Médicas*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1996. 47 p. (Série Estudos em Saúde Coletiva; n. 140).

\_\_\_\_\_. *Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX*. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 15 (Suplemento) 145-176, 2005.

NASCIMENTO, M. C. *Acupuntura, medicina e interculturalidade*. In: NASCIMENTO, M. C. (org.) *As duas faces da montanha: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura*. São Paulo: HUCITEC, 2006.

NOGUEIRA, M. I. *Entre a conversão e o eclétismo: de como médicos brasileiros tornam-se "chineses"*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2003.

ORTEGA, F. *O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

QUEIROZ, M. S. O sentido do conceito de medicina alternativa e movimento "vitalista" na área de saúde: uma perspectiva teórica introdutória. In: NASCIMENTO, M. C. (org.) *As duas faces da montanha: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura*. São Paulo: HUCITEC, 2006.

SAIPPA-OLIVEIRA, G. (*et al.*) A busca da integralidade nas práticas de saúde e a diversificação dos cenários de aprendizagem. O direcionamento do curso de medicina da UFF. In: *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) Hucitec: Abrasco, 2004.

TESSER, C. D; LUZ, M. T. *Racionalidades médicas e integralidade*. Rio de Janeiro: Revista Ciência e Saúde Coletiva, 13 (1); 195-206, 2008.