

## Racionalidades médicas e integralidade

### Medical rationalities and integrality

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

**Abstract** *The purpose of this article is to examine integrality as the ruling principle of Brazil's National Health System (SUS) from a comparative perspective, based on works coordinated by LUZ and cols. on the concept of "medical rationality" and also on Fleck's epistemology. Integrality has different meanings according to patients and specialized healers; it is more relevant to the latter, for whom it represents a permanent mission, being linked to the healer patient relationship. Integrality constitutes a difficult problem for biomedicine, whose expertise has torn the patient apart and focused its actions on "biomedical diseases". For this field of medicine, the more specialized the environment, the more integrality is blocked. The possibility of mitigating these blocks lies on the outskirts of specialized circles, found in the work of multidisciplinary teams, properly ranked by Brazil's National Health System (SUS) as the focus of Primary or Basic Healthcare. On the other hand, other rationalities such as homeopathy or traditional Chinese medicine have facilitative knowledge and practice for the inner circles of integrality, and the challenge – in addition to its incipient presence in this System – is to draw integrality away from its original esoteric circles into the world of its practices.*

**Key words** *Integrality, Medical rationalities, Alternative medicine, Public health*

**Resumo** *O objetivo deste artigo é discutir aspectos da "integralidade", princípio normativo do SUS, a partir de pesquisas organizadas ao redor da categoria "racionalidade médica" e da epistemologia de Ludwik Fleck. O artigo discute a categoria integralidade, defendendo que a mesma tem distintos significados para doentes e curadores especializados; tem maior relevância e significa uma missão permanente para estes últimos; vincula-se ao relacionamento curador-doente e à eficácia da ação terapêutica. A integralidade constitui um grave problema para a biomedicina, cujo saber espartejou o doente e centrou sua ação nas "doenças biomédicas". Aí, a integralidade está tanto mais bloqueada quanto mais especializado o ambiente. A atenuação desses bloqueios passa pela periferia dos círculos especializados e pelo trabalho em equipes multidisciplinares, traduzidos no SUS, acertadamente, como prioridade para a atenção primária ou básica. Inversamente, outras racionalidades, como a homeopatia e a medicina tradicional chinesa, comportam um saber/prática facilitador da integralidade nos seus círculos esotéricos e seu desafio, além de sua presença incipiente no SUS, é levar ao mundo de suas práticas, a integralidade de seus círculos esotéricos originais.*

**Palavras-chave** *Integralidade, Racionalidades médicas, Medicinas alternativas, Saúde pública*

<sup>1</sup> Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário, Trindade. 88040-970 Florianópolis SC. charlestesser@ccs.ufsc.br

<sup>2</sup> Instituto de Medicina Social, UERJ.

## Introdução

O tema da integralidade, princípio normativo do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), tem sido objeto de discussão recente no Brasil<sup>1,2,3,4</sup>. O senso comum do uso institucional e profissional do termo deixa poucas dúvidas: objetiva-se que essa diretriz oriente, no âmbito dos serviços públicos, e da ação de seus profissionais, uma atenção à saúde de boa qualidade, que considere as múltiplas dimensões e dê conta das várias complexidades dos problemas de saúde pública e das pessoas, bem como dos riscos da vida moderna. Espera-se, com isso, que os profissionais tenham uma abordagem integral, ampla e pluridimensional da saúde individual e coletiva.

Apesar dos esforços em precisar e discutir o tema da integralidade, ele continua um princípio normativo, um chamamento ético e um *slogan* político. Assim, uma polissemia se esconde sob este “agregado semântico”<sup>4</sup>, e as tentativas de precisá-lo ou transformá-lo em um conceito têm sido frustradas. Entretanto, problemas concretos, como o comum “baixo teor” de integralidade, conhecido dos que enfrentam os serviços, as filas, corredores e consultórios do SUS, demandam uma abordagem urgente do tema. Há um grande campo de estudos e trabalho institucional de gestão do SUS, no sentido de viabilizar o acesso a diversos serviços de tipos e complexidade variada, de modo a melhorar a integralidade da atenção à saúde. Não nos aprofundaremos nesse aspecto do tema, embora reconheçamos sua importância e urgência. Em vez disso, exploraremos outra possibilidade dessa discussão, desenvolvendo-a a partir de estudos com novos enfoques sociohistóricos, antropológicos e filosóficos, a exemplo do Grupo de Pesquisas CNPq Racionalidades Médicas, liderado por Madel Luz. Desde 1992, tal grupo enfoca o campo da saúde coletiva no Brasil, levando em conta a multiplicidade de saberes e práticas presentes na sociedade e nas instituições de saúde, em sua diversidade política, cultural e epistemológica<sup>5</sup>.

O projeto desse grupo desenvolveu-se inicialmente em torno da categoria operacional “racionalidade médica”, criada por Luz<sup>6,7</sup> à moda de um tipo ideal weberiano. Uma racionalidade médica é um conjunto integrado e estruturado de práticas e saberes composto de cinco dimensões interligadas: uma morfologia humana (anatomia, na biomedicina), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica (explicativa do que é a doença ou adoecimento, sua origem

ou causa, sua evolução ou cura), todos embasados em uma sexta dimensão implícita ou explícita: uma cosmologia<sup>6,7</sup>. Através dessa delimitação, precisa e específica, pode-se distinguir entre sistemas médicos complexos como a biomedicina ou a medicina tradicional chinesa e terapias ou métodos diagnósticos isolados ou fragmentados, como os florais de Bach ou a iridologia, que hoje proliferam na cultura alternativa do pós-anos 60 e da nova era<sup>8</sup>.

Com isso, o grupo de Luz pôde estudar medicinas complexas, averiguando seu potencial de resposta a estes seis quesitos, tendo produzido quadros comparativos sintéticos<sup>9,10</sup> de quatro medicinas, analisadas como racionalidades médicas: a biomedicina<sup>11</sup>, a medicina tradicional chinesa<sup>12</sup>, a ayurveda<sup>13</sup> e a homeopatia<sup>14</sup>. Muito diversas, embora permitindo algum grau de comparação, estas medicinas mostram-se como portadoras de razão médica e de eficácia terapêutica próprias, coerentes com seu estilo de pensamento, contradizendo o senso comum de que somente a biomedicina seria portadora de racionalidade.

Os estudos do grupo aprofundaram-se em vários aspectos socioepistemológicos e históricos das práticas, dos saberes e da interação sociopolítica de algumas dessas medicinas, mais presentes no Brasil, como a homeopatia<sup>15</sup>, a medicina chinesa<sup>16,17,18</sup> e, evidentemente, a biomedicina, continuando sua produção a expandir-se<sup>12,19,20,21,22, 23</sup>.

Como seria pensado o tema da integralidade a partir da perspectiva e da visão construída e acumulada por esse tipo de estudo? Uma possibilidade é ensaiada neste artigo, através da discussão de alguns aspectos do tema da integralidade à luz da produção do grupo de Luz e de uma de suas referências teóricas, a saber, a epistemologia de Ludwik Fleck<sup>24</sup>.

Fleck cunhou os conceitos de estilo de pensamento e coletivo de pensamento na década de 1930. Entretanto, eles permanecem muito atuais<sup>25</sup>. Pode-se afirmar, como exemplo, que os conceitos de paradigma e comunidade científica de Kuhn<sup>26,27</sup> são casos particulares de estilos de pensamento e de coletivos de pensamento. Um estilo de pensamento constitui-se em uma instância ao mesmo tempo cognitiva, psicológica e sociológica a orientar e restringir o pensamento e as percepções, as práticas e as teorias, as indagações e as respostas dos membros de um coletivo que o compartilham.

Segundo Fleck<sup>24</sup>, os estilos de pensamento estruturam-se em círculos concêntricos quanto à especialização: os especialistas esotéricos são os centros de produção, inovação e desenvolvimen-

to de saber (os cientistas “de ponta” para a biomedicina). Eles são referência para a periferia dos círculos esotéricos (círculos intermediários, médicos clínicos), que servem de referência e prestam serviços para os círculos exotéricos, que são os leigos, pacientes dos serviços de saúde, usuários dessa medicina. O saber sofre transformações nas duas vias entre os extratos sociocognitivos mencionados, que participam ativa e distintamente na sua produção, havendo uma interinfluência mútua entre os saberes esotéricos e exotéricos. Essa diferenciação será útil para a discussão de integralidade, nosso tema central.

Apesar das dificuldades de precisão do termo já comentadas, adiantamos um sentido para essa palavra que julgamos satisfatório como descritor do uso clínico corriqueiro e simultaneamente amplo e abstrato o suficiente para nossa discussão, que parte de um ambiente de comparação entre distintas racionalidades médicas: integralidade seria um atributo, usado no contexto da atenção à saúde especializada (mas não só), qualificador de uma ação interpretativa e terapêutica, preventiva ou “curativa” o mais ampla e global possível e, ao mesmo tempo, precisa, que integra muitas dimensões dos adoecimentos e da vida dos doentes, tanto do ponto de vista dos pacientes como do saber especializado que orienta o curador. Esse sentido permite algumas reflexões que se seguem.

Iniciaremos por uma discussão do ponto de vista dos doentes (círculos mais exotéricos de qualquer racionalidade médica), e depois do ponto de vista dos curadores especializados (círculos esotéricos - clínicos e cientistas, na biomedicina). Relacionaremos, a seguir, o tema com as racionalidades, dedicando à biomedicina, racionalidade médica hegemônica no Brasil, uma atenção maior para, finalmente, tecermos algumas considerações à guisa de conclusão.

### A integralidade e os doentes

Todo curador é procurado por um doente devido a algum problema de saúde: sofrimento ou queixa. Para o doente, a dimensão, o significado, as “verdadeiras” causas de seu problema e sofrimento são geralmente obscuras ou desconhecidas. Sua limitação no trato autônomo do mesmo, seu sofrimento e/ou sua impaciência para esperar uma remissão espontânea são motivos para a procura do “especialista”<sup>28</sup>, seja ele qual for.

A primeira ponderação pertinente é que, para o doente, a questão da integralidade tem um va-

lor importante, porém relativo. Os doentes esperam e valorizam um compartilhamento simbólico e um acolhimento emocional na relação com o curador. Isso é importante para que uma reorganização simbólica possa acontecer juntamente com o tratamento, facilitando o que Lévy-Strauss<sup>29</sup> designou **eficácia simbólica**.

Mas os doentes têm uma perspectiva pragmática. Tal pragmatismo e o sofrimento inerente à condição de doente tornam muito flexível e adaptável esta necessidade de compartilhamento, principalmente nos tempos atuais nas populações urbanizadas, onde já não vigora uma cultura homogênea muito arraigada (e ali está a maioria dos pacientes do SUS).

Por sua vez, o especialista, o curador, detém uma **expertise** própria que lhe permite interpretar as queixas do doente, reorganizar o vivenciado dando sentido a ele e executar ações em saúde-doença, preventivas e/ou terapêuticas.

A eficácia simbólica exige envolvimento de crenças e emoções, mas não é tão detalhada quanto às explicações. O que interessa para o doente é uma resolução favorável de seus sofrimentos e adoecimentos; melhor quando facilitado por empatia emocional e por uma reorganização simbólica que não exija crenças ou práticas muito diferentes das habituais do seu universo cultural. Entretanto, os doentes dispõem-se, via de regra, a participar de tratamentos e interpretações, mesmo com precária compreensão dos termos especializados. Normalmente, o doente é mais exigente quanto à empatia, à relação humana e ética envolvidas no “pacto de cura” do que quanto à compreensão da interpretação e da ação propostas pelos curadores. Ele quer ser curado e satisfaz-se com sentir esse compromisso na intenção e na ação do curador, aderindo ao tratamento sem exigir explicações pormenorizadas dessa ou daquela natureza<sup>19,20</sup>.

A partir desse ponto de compreensão genérica, podemos esboçar a nossa **primeira hipótese**: em termos gerais, a questão da integralidade não é problemática do ponto de vista dos doentes. Com isso salientamos que, satisfeita minimamente a “relação de cura”, os doentes são pouco exigentes: aceitam a explicação e a terapêutica orientada de forma relativamente harmoniosa e acrítica, independente da profundidade da interpretação, da globalidade dela ou da integralidade da abordagem do curador.

Essa tese, por outro lado, ressalta a extrema importância para os doentes do pacto de cura, o qual diz respeito, por um viés específico, ao tema da integralidade: tal pacto remete sempre à rela-

ção curador-doente. Ou seja, o doente espera ser ele mesmo o objeto da atenção do curador. Isso parece ser óbvio, mas é um detalhe que ganha grandes dimensões e implica dificuldades consideráveis, merecendo consideração.

Grosso modo, a relação de cura está pautada na tríade curador-doente, ou, ensinam os antropólogos, na tríade curador-doente-comunidade. Para simplificar a discussão, usaremos a tríade mencionada. O doente espera, como pessoa, ser o destinatário de quaisquer que sejam as interpretações e ações do curador. Este carrega um cabedal que permitirá uma interpretação e uma terapêutica. Ambos, diagnóstico e terapêutica, devem estar a serviço da cura do doente e do reforço ou recuperação de sua saúde. Esse aspecto “primitivo” da integralidade, esse centramento da atenção e da ação no sujeito, é o mais relevante do ponto de vista dos doentes. O desvio desse foco pode significar um enfraquecimento da “relação de cura” e um rebaixamento significativo do grau de integralidade possível. Esse pressuposto ético e quase emocional é estritamente necessário, porém não suficiente, do ponto de vista do curador especializado.

Isso nos permite adiantar uma **segunda hipótese**: a integralidade constitui-se em um problema essencialmente do ponto de vista dos curadores especializados. Ela é uma questão tanto mais relevante quanto mais esotérico for o ambiente de discussão, dentro de um estilo de pensamento especializado em saúde-doença.

### A integralidade nos ambientes esotéricos

A questão da integralidade ganha importância dentro do universo dos curadores especializados a partir de duas perspectivas entrelaçadas. A primeira, comum aos doentes, é a já mencionada dimensão **ética** e emocional: é o doente o objeto de atenção primordial e final do saber e fazer do curador. Quanto mais integral a interpretação produzida sobre o universo trazido pelo doente, maior será a intimidade da relação com o doente, o pacto de cura, a comunicabilidade da interpretação/ação e, assim, a eficácia simbólica.

Essa **perspectiva ética** não se reduz à missão social do curador ou a princípios, como o da beneficência (da bioética), nem a uma questão de confiança e de adesão. É mister compreender que ela está amalgamada com questões epistemológicas, referentes: **a)** à estrutura e configuração do saber especializado do curador; e **b)** à relação do curador com esse saber; temas esses

que transcendem a já complexa questão da “relação de cura” e da eficácia simbólica, aos quais retornaremos adiante. Por ora, frisamos que a integralidade, nessa perspectiva, está ligada à missão ética/social de cura do doente enquanto pessoa e à função que o saber especializado, sua articulação interna e seu uso, desempenham nessa missão.

A **segunda perspectiva**, que pode ser etiquetada de **epistemológica**, mais restrita aos ambientes esotéricos, é que quanto mais ampla, detalhada, global, profunda, sofisticada, precisa e acurada a interpretação do curador - ou seja, quanto mais integral a abordagem - maior será a completude, a extensividade e a veracidade da interpretação construída: melhor será o diagnóstico e mais eficaz, precisa, harmoniosa e sustentável poderá ser a ação terapêutica.

A extensividade diz respeito à capacidade de interligar, unir, simplificar e ressignificar vários aspectos distintos de um fenômeno, ou mesmo vários fenômenos aparentemente distintos, através de uma única interpretação (explicação ou compreensão). A veracidade refere-se ao conteúdo de verdade, que na terapêutica está ligada à eficácia e efetividade do tratamento, estando ambas entrelaçadas e embebidas no estilo de pensamento orientador da interpretação/ação especializada (se houver um). A completude refere-se à capacidade da interpretação especializada de integrar os vários aspectos ou fenômenos do adoecimento e da vida do doente num conjunto com sentido e significado simbólico, histórico e existencial para ambos, curador e paciente<sup>30,31</sup>.

Assim, pode-se entender a integralidade como idéia reguladora do ambiente esotérico, ou seja, um objetivo permanente dos curadores, nunca suficientemente alcançável, porém indispensável. As interpretações esotéricas gerarão verdades sempre parciais e incompletas (os diagnósticos, biomédicos ou não), e as ações terapêuticas e seu resultado, ou sua avaliação, também serão parciais e limitadas, passíveis de aperfeiçoamento.

Em racionalidades médicas com um estilo de pensamento complexamente elaborado, todo o processo interpretativo e terapêutico é restringido e dirigido por suas características, valores, métodos e limites estilísticos, sendo que todo saber e ação em saúde/doença serão mais ou menos completos, extensos e verazes em coerência com as respectivas concepções e características das racionalidades.

Avaliações comparadas sobre eficácia, veracidade, extensividade e completude de diversas medicinas podem ser feitas, mas demandam ade-

são a algum padrão ou critério norteador meta-teórico ou metaparadigmático. De nosso ponto de vista, qualquer padrão desse tipo será suficientemente abrangente somente se levar em conta a versão do interessado maior, objeto de qualquer medicina: o doente, com alguma referência geral à evolução de seus adoecimentos enquanto unidade individual. Parece-nos que o adoecimento reduzido pela interpretação paradigmática ou estilística de uma ou outra medicina nunca será suficientemente amplo para esse fim.

### A integralidade e as racionalidades médicas

Para estabelecer relação entre integralidade e racionalidades médicas, convém considerar dois movimentos distintos: primeiro, um olhar dirigido ao mundo das outras racionalidades médicas presentes em nossa cultura ou em outras, com estilos de pensamento estruturados e elaborados. Segundo, uma imersão na própria biomedicina.

No primeiro movimento, estudos do grupo Racionalidades Médicas contribuem sobremaneira. Segundo Luz<sup>32</sup>, as medicinas homeopática, chinesa e ayurvédica tem traços teóricos vitalistas, caracterizando-se por uma abordagem dos problemas de saúde em perspectiva integradora, centrada na unidade individual do doente e suas relações com seu meio. Suas cosmologias, que integram o homem e natureza numa perspectiva de macro e microuniversos, e que postulam a integralidade do sujeito humano como constituída de dimensões psicobiológica, social e espiritual, têm profundas repercussões tanto em suas doutrinas médicas quanto nos sistemas diagnósticos e terapêuticos. Esta dupla integração as leva a considerar a doença como fruto da ruptura de um equilíbrio interno e relacional ao mesmo tempo. Interno no que concerne ao microuniverso que constitui o homem; relacional no que concerne às relações entre o homem e o meio no qual se insere: natural, social e espiritual. Tal integração é permitida, estimulada e ativamente buscada pelos saberes/práticas esotéricas dessas medicinas.

Uma vez que o saber/fazer especializado está remetido ao sujeito doente, visando à recuperação e ao fortalecimento da sua saúde, em sua unidade e globalidade, a integralidade está suposta como prática e como valor estruturante da articulação dos saberes e de sua função na missão de cura desses curadores. Ela, assim, não é somente uma missão ética, um projeto ideal e uma idéia reguladora, deslocada da estrutura e dos valores que configuram os saberes e as prá-

ticas especializados. Nessas racionalidades médicas, ela é também alicerce fundador de que se parte, organizador do saber, sobre o qual se trabalha na construção da diagnose e da terapêutica. Isso não significa que, nos ambientes intermediários da prática clínica, ela estará sempre garantida de forma absoluta, mas que será subproduto natural da ação e da interpretação suficientemente esotéricas, certas e eficazes, conforme o significado desses termos para essas próprias medicinas. Desse modo, essas racionalidades parecem administrar tranqüilamente o tema da integralidade, tanto do ponto de vista dos doentes como dos curadores (na perspectiva ética e epistemológica).

Seus problemas evidenciam-se, como é de se prever, nas limitações das práticas intermediárias e exotéricas. Por exemplo, a homeopatia trabalha geralmente com boa dose de individualização interpretativa e terapêutica nos seus ambientes muito esotéricos. Mas pode ser trabalhada, na prática intermediária e no uso popular (exotérico), com integralidade bem menor, sem ampla abordagem ou grande integração dos aspectos dos adoecimentos, apresentando eficácia relativa. Ou seja, pode ser usada quase sem escrúpulo individualizador, com baixo "coeficiente de integralidade", ao modo sintoma-remédio, como se faz com a dipirona no mundo biomédico. Nesses usos, a homeopatia apresenta, como outras racionalidades, vários graus de eficácia e efetividade relativa, com maior ou menor integralidade sob o ponto de vista dos seus círculos esotéricos.

### A integralidade e a biomedicina

No segundo movimento, voltado para a biomedicina, é necessário compreender que muitas características epistemológicas e práticas dessa medicina são indissociáveis de seus processos socio-históricos, e algumas delas merecem destaque para uma compreensão do problema da integralidade. Esboçaremos alguns comentários sobre elas, objetivando sustentar nossa **terceira hipótese**: 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.

Na biomedicina, a construção das teorias das doenças associou-se à organização institucional de prática clínica especializada e de produção de saber esotérico em torno das especialidades. E estas se organizaram em torno das doenças e partes específicas do homem (órgãos, aparelhos,

sistemas). Essa racionalidade apresenta uma cosmologia de caráter analítico, embasada no imaginário mecânico da física clássica, e uma doutrina implícita que vê a doença como entidade concreta, que se expressa por sinais e sintomas objetivos, manifestações de lesões que devem ser buscadas no âmago do organismo físico e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta<sup>11</sup>.

As patologias não só ganharam centralidade teórica e metodológica no ambiente de produção de saber esotérico, como sofreram um processo de ontologização que lhes imprimiu existência independente no ideário biomédico. Esse processo simbólico permeou todos os extratos sociocognitivos desse estilo de pensamento, dos mais esotéricos aos mais exotéricos. Assim, as doenças dominaram cognitivamente o exercício clínico dos círculos intermediários, dos clínicos, transformando-se no objeto principal da atenção dos curadores biomédicos<sup>32,33</sup>.

Desse modo, a interpretação e a ação biomédicas ficaram progressivamente centradas no diagnóstico das doenças, o que hipertrofiou sobremaneira a diagnose. Mais ainda, uma dicotomia instalou-se entre diagnose e terapêutica: aquela, acomodando-se bem ao ambiente de práticas e ao imaginário científico das ciências naturais, desenvolveu-se espetacularmente. O saber terapêutico ficou centrado no combate e controle das doenças, desviando-se do paciente e sua vida, tornando-se progressivamente padronizado, num processo de apagamento e desindividualização da ação biomédica em relação aos sujeitos reais. Estes passam a serem vistos cada vez mais como unidades homogêneas<sup>34</sup>.

O tratamento dos doentes, ligado à missão social e ética da cura, longe de poder conformar-se e enquadrar-se nos cânones científicos, foi externalizado para o lado artístico da prática clínica, ou atribuído a especialidades que abordariam o sujeito em termos de sua psique, instituindo-se a dicotomia psique-soma típica da cultura ocidental.

Por sua vez, a vitória espetacular da ciência como produtora oficial de verdades no mundo moderno e a cientificização progressiva da medicina, a partir do século XIX, significaram influências importantes na conformação da recente tradição biomédica.

Uma delas foi uma dose grande de impunidade nas relações de seus curadores com os doentes, já que sua legitimidade está garantida pelo pertencimento a uma corporação. Isso, associado com a ideologia da eficácia técnica “comprovada” - depurada do efeito placebo - e a especta-

cular proliferação de tecnologias diagnósticas “duras”, que se interpõem entre curador e doente, levou a um progressivo desleixo, na prática, desses curadores quanto à construção microsocial de legitimidade, comunicabilidade e cumplicidade, fundadoras da ancestral relação de cura e da eficácia simbólica da medicina.

Outra influência está relacionada a um dinâmico equilíbrio entre duas dimensões existentes em qualquer medicina. Segundo Luz<sup>32</sup>, em toda racionalidade médica, há uma lógica mais racional ou teórica, centrada no saber, e outra, sintética, intuitiva, “artística” (que também porta um saber historicamente construído), centrada na missão curadora de acolher, mobilizar os doentes e orientar o tratamento individualmente. Na biomedicina, essas duas lógicas estão em flagrante e progressivo desequilíbrio, com a primeira parte sobrepujando e dominando a segunda<sup>26</sup>. Isso é incentivado pela supremacia de caráter mitológico que a ciência conquistou no mundo moderno e nessa medicina.

Se a integralidade pode ser fomentada e facilitada pelo saber especializado, e assim construída parcialmente pela primeira parte mencionada (“teórica”), como ocorre nas outras racionalidades já citadas, deve ficar claro que sua concretização se dá eminentemente na segunda parte (prática), toda voltada para o doente em sua situação de vida real. Essa segunda parte é a protagonista da integralidade e é ela que, na biomedicina, está sendo sufocada e enfraquecida pela primeira e seus infinitos saberes e tecnologias especializadas, que não vislumbram um retorno à globalidade do sujeito doente. Esse é um dos fatores importantes que tornam a integralidade nessa medicina um problema grave de difícil resolução.

Mas esse problema é agravado por outro, que pode ser considerado nossa **quarta hipótese**: a primeira dimensão mencionada, vinculada aos saberes biocientíficos nessa medicina, não ajuda a construir a integralidade, pelo contrário. Seu saber e sua terapêutica são dirigidos às doenças em seus mecanismos fisiopatogênicos e semiogênicos ou respectivos riscos, de forma idealmente específica<sup>35,36</sup>. Tal saber não contribui para a construção da integralidade e o mesmo domina a ação cognitiva e terapêutica dos clínicos biomédicos.

Reconhecemos aqui as dificuldades essenciais inerentes à biomedicina para o trato da questão da integralidade, nos seus círculos esotéricos e em aspectos eminentemente epistemológicos, além de éticos e político-institucionais: a centralidade ope-

racional e teórica dessa medicina nas doenças e seus riscos, além de sua pulverização institucional nas especialidades médicas, excluiu dos seus círculos esotéricos a pretensão de integralidade.

A influência centrífuga e poderosa desses círculos se deu para a periferia intermediária e exotérica de forma coerente, contribuindo muito para o processo de medicalização social<sup>37,38</sup>. Nesse processo, os leigos (exotéricos) aprendem a conceberem-se apenas como carentes de exames para diagnósticos precisos e quimioterápicos (ou cirurgias) de ação quase mágica. Assim, a concepção de uma integralidade possível vai sendo transformada na biomedicina, tanto no meio esotérico como exotérico, direcionando-se **para o consumo** de procedimentos especializados que devem suprir as necessidades de saúde-doença do cidadão.

Nessa medicina, a unidade fundamental, o doente, objeto da atenção do curador especializado, é rompida e esquartejada, tanto no saber como no fazer. A integralidade foi deslocada na sede, no espaço e no tempo: da relação com o curador para o conjunto dos serviços e curadores das profissões da saúde. Do espaço dos encontros entre curador-doente para o périplo pelas profissões, especialidades, instituições e laboratórios. Do tempo de tratamento personalizado centrado na evolução do doente e com ele compartilhado, que pode ser muito longo, para o tempo variável, indefinido e muitas vezes angustiante e vitalício dos prazos, filas, consultas, coletas e realização de exames, retornos aos especialistas, uso dos remédios, administração e consertos dos efeitos adversos (estes, por vezes, geradores de novos diagnósticos, exames, tratamentos, etc.); tempo este que pouco se liga com a perspectiva do doente e “sua” evolução clínica, já que centrado na evolução das investigações e controles das doenças e riscos.

Há saberes múltiplos sobre partes e aspectos dos pacientes, ou sobre patologias e seus riscos, sem um saber a integrá-los. A integralidade nessa medicina só pode ser obtida no exercício do seu aspecto artesanal, através de um discurso que busque dar algum sentido à lista, por vezes extensa, de diagnósticos e riscos de doenças. As regras ou tradições práticas para a construção desse discurso não têm tido lugar na biomedicina enquanto saber-síntese aplicado, já que não há em seu interior saber ou tradição amplamente instituída, reconhecida e legitimada como suficientemente competente para tal (embora movimentos ou especialidades se proponham essa missão, como, atualmente, no âmbito da atenção clínica, a Medicina de Família e Comunidade).

Outras características epistemológicas dessa medicina também dificultam a integralidade. Segundo Lacey<sup>30</sup>, a ciência em geral é rica em extensividade e relativamente pobre em completude, e isso certamente vale para a biomedicina. A extensividade científica é de uma espécie particular. Ela está atrelada a um valor ao mesmo tempo cognitivo, social, político e psicológico: o controle. Ou seja, unifica e simplifica vários fenômenos ao explicá-los de um modo tal que almeja sempre uma intervenção controladora sobre os mesmos, sobre os sintomas, as doenças e seus riscos, na ação curadora ou preventiva.

O saber biomédico desenvolveu sua extensividade eminentemente nas direções de um tipo particular de controle, o controle heterônomo, por um agente especializado e cientificizado, como é comum na ciência. Sua extensividade é explorada através dos mecanismos moleculares e agora genéticos, como peças constituintes e determinantes do processo saúde-doença, sendo a terapêutica desenvolvida a partir dos saberes daí derivados, ao menos idealmente. Assim, a extensividade biomédica restringiu-se praticamente às dimensões biológicas e biomecânicas das doenças e do corpo, ou às relações (anti)ecológicas com outros seres vivos, tratados via de regra como “inimigos” a serem exterminados quando envolvidos em adoecimentos.

Compreensivelmente, a completude do saber biomédico está diminuindo nos círculos intermediários: conforme a máquina humana é esquadrihada em peças cada vez menores, os saberes especializados hipertrofiam-se e seu funcionamento geral vai ficando cada vez mais longe da visada. Parece que as possibilidades mercadológicas abertas pela tecnologia e pelo assim chamado complexo médico-industrial, bem como a crença nas promessas científicas e tecnológicas para o futuro, tornam cada vez mais distante a possibilidade de uma completude.

Com tudo isso, os termos explicativos biomédicos tendem a afastar-se do mundo vivido pelos doentes de forma global, restringindo-se às “peças”, riscos e ao poder de intervenção sobre os mesmos. A integralidade, parenta próxima da completude, vai ficando também longínqua.

A biomedicina vive um situação *sui generis* bloqueada internamente pela sua própria conformação institucional e paradigmática, perdeu progressivamente, ou não desenvolveu sua capacidade de exercício clínico com alto teor de integralidade - tanto do ponto de vista dos doentes quanto do ponto de vista dos círculos esotéricos.

Na verdade, a situação dos biomédicos é tris-

te: eles são “cobrados” pelos doentes e pela sua missão ética de curadores, e agora pelo SUS e pelo PSF, para que façam uma atenção integral à saúde, mas seu saber e sua tradição recentes são centrados em algo que se assemelha ao contrário mesmo da integralidade.

Essa missão hercúlea só pode ter alguma chance de sucesso no ambiente intermediário e exotérico, a ser levada a cabo pela inventividade, pela criatividade, pela intuição e dedicação ética e artística dos profissionais em equipes multidisciplinares. Estas tornam-se agora indispensáveis para qualquer tentativa de construção de um mínimo de integralidade na atenção à saúde, seja na atenção ambulatorial ou hospitalar.

Logicamente, as melhores possibilidades recaem sobre a atenção básica, ambiente, de certo modo, mais exotérico e menos comprometido historicamente com a cultura das especialidades biomédicas. Todavia, mesmo na rede básica e no PSF, tal equipe multidisciplinar mantém-se condição necessária, já que cada profissional está habilitado e preparado, no geral, para abordagem de problemas e aspectos específicos dos adoecimentos, com ações a eles restritas, bem longe do global adoecimento do doente.

Certamente que essa situação está presente na crise da medicina em sua relação com os doentes, e mesmo com a sociedade, já que os seus custos astronômicos não correspondem a equivalentes melhorias da saúde, e suas iatrogenias vão sendo aos poucos reconhecidas<sup>39,40</sup>. Essa percepção pode estar envolvida na gênese da crescente procura por outras racionalidades médicas, cujo saber e prática parecem apresentar maior teor de integralidade.

### **A transcendência da questão da integralidade**

Contextualizada a maior pertinência do problema da integralidade ao ambiente dos curadores especializados, resta comentar sobre sua transcendência desse ambiente. Essa transcendência está justamente assentada na relação estreita e direta, já comentada, entre integralidade e eficácia/efetividade num sentido geral, tanto do ponto de vista dos doentes como dos curadores.

Comentamos que a integralidade na biomedicina é precária, por várias razões que dizem respeito à sua construção sociohistórica, sua conformação epistemológica e institucional, hoje hegemônica. Todavia, a transcendência do problema da integralidade torna-se relevante por

uma ordem mais geral de razões: todo o conjunto das especialidades e serviços biomédicos é limitado e isso vale para quaisquer outras racionalidades médicas, em que pese o fato delas poderem ser mais “integrais”. Sabemos que todas as medicinas e culturas apresentam limites no seu trato do processo saúde-doença, na sua eficácia/efetividade/veracidade, tanto na promoção da saúde como na diagnose e prevenção de adoecimentos e terapêutica. São esses limites que fazem com que seja relevante e de interesse público o tema da integralidade, independente da racionalidade médica analisada.

### **Considerações finais**

Vimos que os problemas, desafios e reivindicações sintetizados no princípio normativo da integralidade dizem respeito eminentemente à biomedicina contemporânea, que sedimentou a atenção à saúde, fragmentando-a por inúmeros especialistas a partes restritas do corpo humano, suas doenças e riscos de adoecimento. Quando têm acesso, os doentes são tratados por muitos especialistas de doenças distintas, sofrendo variadas intervenções, como se fossem pacientes diferentes. Acaba ocorrendo frequentemente um “conluio do anonimato”, em que ninguém se responsabiliza pela globalidade do cuidado e do tratamento, nem pelas suas conseqüências, como já discutia Balint<sup>42</sup> na década de 1950. Enquanto sujeitos, vivos e individuais, os doentes não são tratados por ninguém, embora sejam “tratados” de várias doenças<sup>35</sup>. Espera-se que a soma dos tratamentos parciais e especializados resulte num tratamento integral. O que gera frustração tanto em curadores como em pacientes.

Na biomedicina, a integridade do “pacto de cura” está sempre sob ameaça e limitação, já que a ação dos curadores biomédicos está constantemente se desviando do doente como pessoa. Ela tende a focalizar-se nas doenças e seus riscos, e não raramente aí se fixam a mente e o coração desses curadores. E isso é percebido mais ou menos conscientemente pelos doentes. Assim, mesmo na perspectiva dos doentes (uma perspectiva pouco problemática, como vimos), a integralidade na biomedicina torna-se um grande problema.

Por sua vez, o desenvolvimento do saber esotérico biomédico no século XX na direção indicada ressalta as dificuldades para uma atenção integral nessa medicina do ponto de vista esotérico, tanto do ponto de vista ético como epistemológico.

co. A integralidade foi remetida para o lado artístico da prática clínica, uma missão difícil para a qual o saber esotérico parece contribuir cada vez menos. A tal ponto ficou dificultada a integralidade nessa racionalidade médica que há tempos não se almeja uma integralidade centrada na relação doente-curador, em que o curador é uma só pessoa. A fragmentação e a especialização de seu saber e prática são tamanhas que a integralidade passou a ser projetada para o conjunto das ações institucionais, à famosa equipe multidisciplinar ou multiprofissional, que aparece então como uma necessidade incontornável para aumentar o seu “coeficiente de integralidade”.

Desse modo, fica clara a imperativa necessidade de reforçar e transformar as práticas clínicas intermediárias e mais exotéricas, em torno das quais se deve priorizar e centralizar a organização da atenção à saúde: a atenção primária, a rede básica. Esse ambiente onde, e quase somente onde, alguma integralidade pode ocorrer para a maioria da população. Tal recomendação é já antiga pelos organismos de saúde pública internacionais e nas experiências de vários países com sistemas públicos bem organizados de atenção à saúde. Nossa discussão indica que a construção da integralidade como um atributo das políticas e ações de saúde institucionais no SUS está na direção correta enquanto aposta na absoluta priorização da rede básica como local principal da atenção à saúde, e na responsabilização de um equipe local multiprofissional de referência pelo cuidado personalizado dos cidadãos.

Por paradoxal que seja, nessa medicina, os centros esotéricos de produção de saber médico afastaram-se tanto das suas missões éticas e sociais que é preciso afastar-se deles para que uma “arte da cura” com alguma integralidade possa ocorrer.

De outra parte, nossa tese de que a integralidade na biomedicina só é possível no ambiente de sua prática clínica, e não de seu saber, não significa uma condenação ou um desencanto com tal medicina. Ao contrário, ela reforça a importância histórica, cultural, pedagógica e epistemológica do redirecionamento do SUS e das instituições formadoras de profissionais para a priorização da rede básica (de que o PSF é um exemplo), local privilegiado de prática clínica, que permite atenção e acompanhamento continuado das pessoas, e que pode viabilizar uma necessária revolução copernicana nessa medicina: fazer as doenças biomédicas, seus riscos, seus tratamentos e seus respectivos especialistas e profissionais orbitarem ao redor dos doentes, em vez do con-

trário, como vem fazendo a tendência hegemônica biomédica<sup>31</sup>.

Em paralelo, nas outras racionalidades médicas mencionadas, a situação é inversa: a integralidade é pouco problemática e pode subsistir nos círculos esotéricos tanto no saber como em sua aplicação clínica, ficando seus desafios remetidos à propagação dessa integralidade para a periferia intermediária e exotérica dessas medicinas, cuja amplitude no Brasil é pequeníssima se comparada à biomedicina. E ainda menor, se levarmos em consideração o acelerado processo de medicalização social ora em vigor no Brasil.

Por outro lado, o consistente aumento na procura dessas outras racionalidades médicas torna importante para o SUS e a Saúde Coletiva o desafio da propagação da sua integralidade dos meios esotéricos, muito restritos em nosso país, para a periferia intermediária e exotérica, bem como a própria expansão dessa periferia.

Tal desafio é importante também por outras razões associadas entre si: tal procura se dá num país globalizado, marcado por grande injustiça social e pobreza, no qual sempre há certa urgência na resolução dos problemas de saúde; as pessoas estão progressivamente medicalizadas, cada vez mais dependentes de procedimentos, rituais e exames com alta tecnologia; há uma mercantilização das medicinas alternativas e complementares, decorrente de sua existência no mundo privado e liberal das práticas curadoras, que enfatiza certos aspectos das mesmas; há uma incorporação lenta, mas progressiva, ao *establishment* biomédico de técnicas dessas racionalidades como procedimentos especializados restritos a especialistas (acupuntura, por exemplo). Tudo isso significa uma pressão formidável no sentido contrário ao desejável: no sentido do desmonte dos valores éticos e da fragmentação dos saberes e práticas mais integrativos, promotores e preventivos, relativamente comuns nos círculos esotéricos dessas racionalidades e em seus ambientes de origem, transformando-os em terapias e procedimentos especializados e fragmentários, a serem consumidos no mercado, de forma semelhante à biomedicina, relativamente pobres em integralidade.

O SUS constitui-se em *locus* privilegiado de desenvolvimento da expansão dessas outras racionalidades médicas e de sua integralidade. E, recentemente, inicia-se um movimento de reconhecimento e valorização das mesmas, através da edição da primeira Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PN-PIC SUS), pela Portaria 971 do Ministério da Saú-

de de 03 de maio de 2006, em consonância com recomendações internacionais sobre o tema<sup>41</sup>.

Nossa reflexão sugere que um investimento cuidadoso num movimento de legitimação de outras racionalidades médicas no SUS e sua oferta à população na rede básica é uma estratégia promissora de enriquecimento e ampliação do coeficiente de integralidade nas práticas do SUS. Algumas experiências pioneiras de municípios, entre os quais podemos mencionar Rio de Janeiro, Volta Redonda, Campinas e São Paulo, indicam que tais racionalidades são amplamente aceitas e alteram para melhor a prática da biomedicina, nos locais em que com ela coexistem e interagem.

Por fim, deve-se ressaltar a necessidade de clareza política e epistemológica, pelos gestores públicos e pelos movimentos sociais, quanto aos perigos da simples submissão à validação científica para a legitimação de outras racionalidades médicas no SUS. A biomedicina se considera “a” representante da Ciência e sempre busca, ferozmente, ser a única capaz de validar qualquer prática em saúde-doença, mantendo sua hegemonia socioinstitucional. Submeter tal legitimação e validação social ao seu controle pode significar o sacrifício de grande e relevante parte da integralidade das outras racionalidades médicas.

Parece-nos que outras formas de legitimação e validação epistemológica e social estão para serem construídas no SUS, de forma a viabilizar a contribuição de outras racionalidades médicas para o cuidado dos doentes e a promoção da saúde. Formas mais democráticas, discutidas e “co-responsabilizadoras” de pacientes, instituições e profissionais. As poucas iniciativas nesse sentido têm tido êxito, recebem ampla aceitação de profissionais de saúde (não sem tensões e receios de alguns e suas corporações, em geral médicos) e principalmente de usuários. Em geral, tais iniciativas transcorrem harmoniosamente nos interstícios das instituições ou legitimadas em ambientes institucionais locais, raramente mais amplos que o município, e indicam que a participação ativa e a co-responsabilização conjunta microsocial de gestores, profissionais e usuários podem ser um caminho complementar e eficaz, ao lado das regras corporativas das profissões da saúde, para legitimação e institucionalização de outras racionalidades médicas nos serviços públicos de saúde. Na construção da presença das medicinas tradicionais e complementares no SUS, para que contribuam no que elas são fortes, como, por exemplo, na sua integralidade, praticamente tudo está ainda por fazer.

## Colaboradores

CD Tesser participou na concepção, elaboração e revisão. MT Luz participou na revisão inicial, atualização bibliográfica, reformulação de trechos do texto e revisão final para publicação.

## Referências

1. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Editora IMS/UERJ/Cepesc/Abrasco; 2001.
2. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade* cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Editora IMS/UERJ/Abrasco; 2003.
3. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Editora IMS/UERJ/Abrasco; 2005.
4. Camargo KR Jr. *Biomedicina, ciência & saber*. uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec; 2003.
5. Luz MT. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2005.
6. Luz MT. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. *Cadernos de Sociologia* 1995; 7:109-128.
7. Luz MT. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: Canesqui AM, organizador. *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: Hucitec/FAPESP; 2000. p.181-200.
8. Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século xx. *Physis* 2005; 15(Supl):145-176.
9. Luz MT. *VI Seminário do projeto Racionalidades Médicas: estudo comparativo das medicinas ocidental contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica em programas públicos de saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1996. [Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 140].
10. Luz MT, Camargo KR Jr. A comparative study of medical rationalities. *Curare - Journal of ethnomedicine* 1997; 12:47-58.
11. Camargo KR Jr. *Racionalidades médicas: a medicina ocidental contemporânea*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1993. [Série Estudos em saúde coletiva, n. 65].
12. Luz D. *Racionalidades médicas: medicina tradicional chinesa*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1993. [Série Estudos em Saúde Coletiva, n.72].
13. Marques EA. *Racionalidades médicas: medicina ayurvédica*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1993. [Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 75].
14. Luz HS. *Racionalidades médicas: a medicina homeopática*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1993. [Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 64].
15. Luz MT. *A arte de curar e a ciência das doenças. história social da homeopatia no Brasil* [tese]. Rio de Janeiro (RJ): IMS/Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1995.
16. Nascimento MC. *Da panacéia mística à especialidade médica: a construção do campo da acupuntura no Brasil* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): IMS /Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1997.
17. Barsted DWVL. *VIII Seminário do projeto Racionalidades Médicas - Wu Ji, o vazio primordial. Primeiros contatos com representações da cosmogonia Daoísta na medicina Chinesa*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2000. [Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 200].
18. Nogueira MI. *Entre a conversão e o ecletismo: de como médicos brasileiros tornam-se "chineses"* [tese]. Rio de Janeiro (RJ): IMS/Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2003.

19. Luz MT, organizadora. *VI Seminário do projeto Racionalidades Médicas: medicina ocidental contemporânea*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1997. [Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 149]
20. Luz MT, organizadora. *VII Seminário do projeto Racionalidades Médicas: biomedicina*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1997. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 168)
21. Camargo KR Jr. *A racionalidade médica - um estudo de caso: o ambulatório de medicina integral*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1994. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n.99).
22. Luz MT. Racionalidades médicas e bioética. In: Palacios M, Martins A, Pegoraro AO, organizadores. *Ética, ciência e saúde: desafios da bioética*. Rio de Janeiro: Vozes; 2002. p.76-85.
23. Luz MT. Biomedicina e racionalidade científica no ensino contemporâneo da área de saúde. In: Navarro de Souza A, Pitanguy J, organizadores. *Saúde, corpo e sociedade*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ; 2006. p. 196-203.
24. Fleck L. *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Madrid: Alianza Editorial; 1986.
25. Löwy I. Ludwik Fleck e a presente história das ciências. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos* 1994; 1 (1):7-18.
26. Kuhn TS. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva; 1987.
27. Kuhn TS. *A tensão essencial*. Lisboa: Edições 70; 1989.
28. Berger PL, Luckmann T. *A construção social da realidade*. 13ª ed. Petrópolis: Vozes; 1996.
29. Lévi-Strauss C. *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1975. [Coleção Biblioteca Tempo Universitário, n.7].
30. Lacey H. *Valores e atividade científica*. São Paulo: Discurso Editorial; 1998.
31. Tesser CD. *Epistemologia contemporânea e saúde: a luta pela verdade e as práticas terapêuticas* [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2004.
32. Luz MT. *Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1996. p.23. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 62)
33. Camargo KR Jr. *(Ir)Racionalidade médica: os paradoxos da clínica* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): IMS/Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1985.
34. Dalmaso ASD. *Estruturação e transformação da prática médica: técnica e ciência na segunda metade do século XX* [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1998.
35. Sayd JD. *Mediar, medicar, remediar: aspectos da terapêutica na medicina ocidental*. Rio de Janeiro: Editora da UERJ; 1998.
36. Almeida ELV. *As razões da terapêutica* [tese]. Rio de Janeiro (RJ): IMS/Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1996.
37. Tesser CD. Medicalização social (I): o excesso de sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ*. 2006; 10(19):61-76.
38. Tesser CD. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface - Comunic., Saúde, Educ*. 2006; 10(20):347-62.
39. Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis* 1997; 7(1):13-43.
40. Tesser CD. *A biomedicina e a crise da atenção à saúde um ensaio sobre a desmedicalização* [dissertação]. Campinas (SP): Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1999.
41. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Geneva: OMS; 2002.
42. Balint M. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Atheneu; 1988.

Artigo apresentado em 12/03/2006

Aprovado em 05/12/2006

Versão final apresentada em 30/01/2007