

# A CONSTRUÇÃO DAS DOENÇAS NA MEDICINA OCIDENTAL CONTEMPORÂNEA\*

Kenneth Rochel de Camargo Jr.

*Resumo - A construção teórica de categorias nosológicas desempenha um papel fundamental para a racionalidade médica. Estruturado a partir dos modelos de cientificidade oriundos do desenvolvimento da física clássica, o saber médico apresenta-se, contudo, como um agregado irregular de disciplinas onde muitas das noções fundamentais são implícitas, levando ao surgimento de contradições insuperáveis no seu interior e na sua relação com a prática.*

*Como reflexo destas inconsistências, as doenças são teoricamente estruturadas segundo três eixos de construção - o explicativo, o morfológico e o semiológico - cada qual caracterizado por uma metodologia, uma disciplina e uma concepção de doença específicas.*

*A valorização destes eixos dos pontos de vista teórico e prático é diametralmente oposta, evidenciando uma vez mais o distanciamento entre estas duas instâncias na medicina.*

*Abstract - The theoretical construction of nosologic categories plays a major role in medical rationality. Structured upon scientific models originated from the development of classical physics, medical knowledge is, however, an irregular aggregate of disciplines where many of its fundamental notions are implicit, leading to the production of contradictions that cannot be overcome, both internally and in its relations to clinics.*

*As a consequence of these inconsistencies, the diseases are structured along three axes of construction - explanatory, morphologic and semiologic - each of them characterized by a specific methodology, discipline and conception of disease.*

*The valuation of these axes from either a theoretical or practical point of view is diametrically opposed to the other, once more making evident the distance between these fields in medicine.*

## Racionalidade médica e racionalidade científica

Este trabalho objetiva propor um modelo para a análise do processo de construção teórica das categorias nosológicas da medicina ocidental contemporânea - as doenças<sup>1</sup> - assumindo que esta construção desempenha um papel fundamental na

racionalidade desta mesma medicina,<sup>2</sup> estando a cargo de duas disciplinas em particular: a clínica e a epidemiologia, que mantêm entre si uma curiosa relação de fecundação cruzada, em que uma empresta a outra os objetos fundamentais de estudo,

\* Este texto é, em parte, uma produção do projeto "Estudo Comparativo de Racionalidades Médicas", coordenado pela professora Madel T. Luz no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, do qual o autor participa como pesquisador, com bolsa concedida pelo CNPq, tendo sido apresentado no IV Seminário Nacional da Sociedade Brasileira de História da Ciência, Caxambu, 1992.

- 1 Em trabalho posterior à primeira versão deste texto (CAMARGO Jr., 1993), apliquei o modelo aqui proposto à análise da construção da AIDS.
- 2 Adoto a definição operacional de racionalidade médica proposta por Madel LUZ (1992): "um sistema lógico e teoricamente estruturado, composto de cinco elementos teóricos fundamentais", quais sejam: a. uma morfologia ou anatomia humana; b. uma fisiologia ou dinâmica vital humana; c. um sistema de diagnósticos; d. um sistema de intervenções terapêuticas e uma doutrina médica. Além destes elementos constitutivos, é importante também considerar que os fundamentos das racionalidades assim descritas residem numa cosmologia.

ao mesmo tempo em que naturaliza as construções teóricas que recebe de volta. Tomando como exemplo a definição das doenças, a Epidemiologia se apropria das descrições clínicas como se naturais fossem; a Clínica, por sua vez, adota as asserções epidemiológicas como aspectos naturais de suas doenças, havendo um duplo escamoteamento do processo de criação dos objetos de estudo e das implicações teóricas, metodológicas e práticas decorrentes desta definição. É importante assinalar a vinculação dos desenvolvimentos tecno-científicos da medicina, sobretudo a partir do final do século XVIII, com o surgimento e consolidação da própria ciência moderna.<sup>3</sup> Ao longo de um processo que se estende por mais de três séculos, iniciando-se no Renascimento e culminando já em fins do século XIX, a ciência ocidental constituiu-se como formuladora de verdades a partir de um método teórico-experimental,<sup>4</sup> deslocando a religião do papel de "explicador do mundo". O desenvolvimento das ciências, em particular da física, determinou de forma mais ou menos explícita um modelo de cientificidade para os demais campos disciplinares.

Este processo histórico projeta um padrão de racionalidade a ser seguido por qualquer disciplina que aspire à cientificidade, que em linhas muito gerais poderia ser caracterizado por três proposições:

- . dirige-se à produção de discursos com validade universal, propondo modelos e leis de aplicação geral, não se ocupando de casos individualizáveis - caráter **generalizante**;

- . os modelos aludidos acima tendem a naturalizar as máquinas produzidas pela tecnologia humana, passando o "Universo" a ser visto como uma gigantesca máquina, subordinada a princípios de causalidade linear traduzíveis em mecanismos - caráter **mecanicista**;

- . a abordagem teórica e experimental adotada para a elucidação das "leis gerais" do funcionamento da "máquina universal" pressupõe o isolamento de partes, tendo como pressuposto que o

funcionamento do todo é necessariamente dado pela soma das partes - caráter **analítico**.

Dentro da visão analítico-mecanicista delineada acima, e coerente com a mesma, a medicina que se origina a partir da anátomo-clínica é uma medicina do **corpo, das lesões e das doenças**.<sup>5</sup> Os ganhos tecnológicos mais avançados são incorporados constantemente ao acervo fenomenotécnico<sup>6</sup> das várias disciplinas médicas, porém sempre submetidos à racionalidade mecânico-causal descrita acima. O corpo humano visto pela medicina é dividido em **sistemas**, agrupados segundo as propriedades isoladas por cada uma das disciplinas articuladas em seu discurso. Outra característica importante do saber médico é a divisão entre "normal" e "patológico", divisão esta que é **operativa**, e não conceitual.<sup>7</sup> Esta divisão também se reflete na organização do saber médico, onde por vezes (embora não necessariamente) formam-se pares de disciplinas homólogas divididas pela pertinência aos domínios da "normalidade" ou da "patologia". Exemplo típico é dado pelo par fisiologia/fisiopatologia.

A divisão em sistemas é parte morfológica, parte funcional, com prioridade para esta última. Alguns sistemas são subdivididos, como o nervoso, que pode ser clivado em sistema nervoso central e sistema nervoso autônomo, cada um com funções específicas, ainda que interligadas. Esta última característica, a interligação, é atribuível a todos os sistemas, na medida em que necessariamente fazem parte de uma mesma totalidade orgânica, e mostra o grau de arbitrariedade inerente a qualquer divisão deste tipo.

Há um grande grau de correspondência entre a divisão dos sistemas e a divisão em especialidades da própria medicina. Assim, o sistema respiratório é território dos pneumologistas, o gastro-intestinal dos gastroenterologistas e o sistema nervoso central, dependendo do ângulo que se tome, é dos neurologistas ou dos psiquiatras. Esta divisão ter-

3 O tema das continuidades disciplinares no que se chamou de "pensamento humano" deve muito a Alexandre Koyré. Veja-se KOYRÉ, 1991, em especial o texto "*Orientação e projetos de pesquisa*" (p. 10-14). Revisões sobre a trajetória da ciência moderna podem ser encontradas, entre outros, em LUZ (1987), PRIGOGINE e STENGERS (1989 e 1992) BURTT (1983) e KUHN (1990)

4 Veja-se LUZ, 1987, em especial o cap. II

5 Desenvolvi esta asserção num trabalho anterior. (CAMARGO Jr., 1990)

6 O termo proposto por Bachelard refere-se à característica da ciência contemporânea produzir fenômenos, mais do que relató-los. Veja-se BACHELARD, 1991, em especial às páginas 72-73.

7 veja-se CANGUILHEM, 1981

ritorial não é regra, na medida em que existem especialidades clínicas e cirúrgicas que respondem por um mesmo espaço; de todo modo, a organização em sistemas é também uma organização do saber médico. Várias taxonomias cruzam-se neste campo do saber, superpondo-se de forma imperfeita e dando origem a várias inconsistências. O maior exemplo destas últimas é dado pelo grande catálogo de doenças utilizados por médicos em todo o mundo, a *Classificação Internacional de Doenças* (CID). O critério de agrupamento de sua primeira divisão é etiológico (I-doenças infecciosas e parasitárias), o da segunda é anátomo-clínico (II-neoplasmas), os das seguintes são morfo-funcionais (III-transtornos das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários e IV-doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos<sup>8</sup>, o da próxima é filosófico (V-transtornos mentais) e assim por diante, numa classificação que lembra muito o bestário criado por Borges, citado por Foucault no início de *As palavras e as coisas*.

As várias disciplinas que se entrecruzam na prática médica não são articuladas no nível teórico-conceitual, mesmo porque o corpo conceitual fundamental desta prática é em larga medida implícito. A articulação dos saberes entre si e destes com a prática é fluida, o que faz com que a prática médica possa ser vista neste particular como um interminável exercício de criação de ideologias científicas, tal como foram descritas por Canguilhem: "(...) sistemas explicativos cujo objeto é hiperbólico, relativamente à norma de cientificidade que eventualmente lhe é aplicada." (CANGUILHEM, 1944, p. 41) A relação entre teoria e prática, portanto, não é de determinação; embora as formulações teóricas sejam fundamentais do ponto de vista da legitimação social (jurídica, política, cultural) da prática médica, o papel exercido pela teoria no exercício profissional é contingente. Mais ainda, a congruência das várias formulações disciplinares é também incompleta, daí resultando que formulações explicativas divergentes, irredutíveis umas às outras, estejam disponíveis para um mesmo evento. Frente a uma

doença infecciosa, por exemplo, pode-se conceder preponderância à ação de microorganismos ou à resposta imunitária do hospedeiro (no caso, o homem). Muito embora a idéia de "multicausalidade" seja frequentemente proposta como modelo explicativo,<sup>9</sup> os modelos de causalidade linear predominam na prática (quando alguma causa é postulada), fazendo com que discursos disciplinares tidos como complementares acabem por se tornar concorrentes. Disto tudo resulta que a prática médica recorre com surpreendente flexibilidade ao seu arsenal teórico, muitas vezes prosseguindo sem teoria nenhuma, sem que isto represente necessariamente um menor rigor profissional ou menos ainda uma perda da qualidade - e da eficácia - do exercício profissional.<sup>10</sup> Uma outra consequência importante, agora do ponto de vista teórico, da fluidez teórico-conceitual apontada é que as eventuais "rupturas" epistemológicas não implicam necessariamente em superação, abandono do saber "velho". Remanescentes de etapas historicamente anteriores coexistem com o contemporâneo no interior do saber médico; em mais de um sentido as teorias microbianas do adoecer resgatam as concepções ontológicas das doenças, por exemplo. Esta característica observa-se ainda no fato, apontado no início desta seção, de que aquilo que poderíamos chamar de imaginário científico da medicina contemporânea enraiza-se na física clássica (mecanicismo, causalidade linear) e não nos desenvolvimentos já nem tão recentes desta disciplina, em que pese o equipamento médico ter incorporado em larga escala as conquistas da mecânica quântica, por exemplo.<sup>11</sup>

### A doutrina médica

Os postulados teóricos gerais da medicina ocidental contemporânea são basicamente implícitos. A atividade profissional e o próprio referencial teórico da medicina não dispõem de um "fio condutor" claramente enunciado. Do ponto de vista da formalização, um arremedo de "doutrina" é dado por alguns aforismos, às vezes em latim, com que esbarramos com certa frequência ao ler manuais de medicina, tais como: "não há doenças, e sim doen-

8 Note-se aqui a sutileza do deslizamento de "transtorno" para "doença".

9 Para uma crítica deste conceito, veja-se ALMEIDA Fo., 1989, em especial à p. 19

10 Cf. CAMARGO Jr, 1990, em especial às p. 110-111

11 Um exemplo de sofisticação tecnológica é a tomografia por ressonância magnética nuclear. A incorporação acelerada das novas tecnologias na medicina talvez só encontre paralelo na indústria militar.

tes" (dito que na prática não tem qualquer repercussão), *primum non nocere*, etc. Não há ideais ético-normativos explícitos que guiem o médico, com a possível exceção da legislação deontológica da atividade profissional, que, todavia, não é em hipótese alguma uma instância de articulação teórico-conceitual. Esta situação não é propriamente uma surpresa, na medida em que praticamente todas as noções fundamentais da medicina (como doença, saúde, cura e até mesmo homem, no sentido de ser humano) são igualmente implícitas.

Outra característica importante, ao menos como prática discursiva, é a alusão recorrente a três domínios teóricos que são a suposta tradução da "totalidade do homem": biologia, psicologia e sociologia. A pretensa totalidade é usualmente expressa condensando-se todos os termos num só - biopsicossocial - como se a mera justaposição de discursos pudesse, por si só, abolir a fragmentação inerente ao próprio modelo de desenvolvimento disciplinar característico da modernidade. Agregue-se a isto o fato de que os termos "psico" e "social" não passam de referências genéricas, subordinadas ao primado do discurso biológico.<sup>12</sup>

Há, todavia, uma espécie de "doutrina da não-doutrina", um suporte comum não enunciado que se apóia por um lado na forma consensual de exercício da prática médica e, por outro, num grupo de representações que desempenha o papel que se esperaria de uma doutrina geral. Tais representações são, no seu conjunto, coerentes com a cosmologia mecanicista que alicerça, ainda que de modo dissimulado, o saber médico. A dificuldade com esse grupo de representações é que ele não se encontra explicitado em nenhum lugar, embora seja ubíquo. Pode-se percebê-lo claramente nas entrelinhas do saber médico; pode-se entrevê-lo quando um professor de medicina ensina. Num certo sentido, pode-se dizer que constituem a espinha dorsal da "ciência médica". Esse grupo de representações poderia ser resumido em um número bem pequeno de proposições, tais como: "as doenças são coisas, de existência concreta, fixa e imutável, de lugar para lugar e de pessoa para pessoa; as doenças se expressam por um conjunto

de sinais e sintomas, que são manifestações de lesões, que devem ser buscadas por sua vez no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta". O termo "concreta" aqui refere-se às terapêuticas medicamentosas e cirúrgicas, mais valorizadas pelos médicos de um modo geral. Estas proposições, que formam uma espécie de "teoria das doenças", não se encontram em lugar nenhum, mas dificilmente soariam estranhas a qualquer médico. Não sendo explicitadas, não podem ser confrontadas, dissecadas. Não sendo discutidas, impregnam cada palmo da atividade médica, sem se submeter aos cânones do dogma científico. Tais representações transformam-se numa espécie de "corpo teórico" paracientífico, com um conjunto de categorias próprias. Paradoxalmente, a experiência individual do médico é extremamente valorizada. A tensão entre as intenções generalizantes da "teoria médica" e a prática individualizada é apenas mais um exemplo das incontáveis contradições que permeiam o campo da medicina.

#### A racionalidade epidemiológica: um esboço

Como já foi dito anteriormente, a epidemiologia tem um papel central na construção das doenças. Ressalto porém que o objeto desta seção não é propriamente o saber epidemiológico, mas a interface entre esta disciplina e a clínica, lá onde, suponho, surgem as doenças. Note-se, portanto, que não pretendo abranger o campo disciplinar ou mesmo a metodologia da epidemiologia de modo exaustivo, mesmo porque a leitura de alguns textos críticos recentes<sup>13</sup> e levantamentos preliminares junto a *experts* na área foram suficientes para evidenciar o intenso debate metodológico e epistemológico que vem se desenrolando neste campo disciplinar ao longo dos últimos anos. Pretendo trabalhar aqui não com o estado-da-arte, mas com o saber instituído, não problemático, há muito estabelecido. Com este fim, atendo-me a alguns textos básicos de epidemiologia.<sup>14</sup> Quando necessário, me reportarei aos textos críticos já apontados. As questões básicas concernentes à

12 V. CAMARGO Jr., 1990.

13 ALMEIDA Fo., 1989 e 1992; COSTA, 1990; AYRES, 1991; SCHRAMM, F. e CASTIEL, L., 1992

14 MACMAHON e PUGH, 1970; LILLIENFELD, 1980; KLEINBAUM et al., 1982; SACKETT et al., 1985; MIETTINEN, 1985. Além destes, consultei uma antologia de textos sobre métodos epidemiológicos que cobre três décadas de desenvolvimento disciplinar através dos *papers* selecionados: GREENLAND, 1987 (veja-se o prefácio, à p. v)

articulação entre as duas disciplinas (clínica e epidemiologia) podem ser abordadas em função da caracterização genérica de uma dada doença e do estabelecimento de nexos causais entre doenças e possíveis agentes etiológicos.

É importante assinalar que dos textos básicos citados apenas Sackett et al. e Kleinbaum et al. identificam problemas na definição do que seria uma doença, mesmo assim de uma forma bastante limitada<sup>15</sup>. Todos, sem exceção, compartilham da visão de doença como entidade, objeto sem história, natural, portanto, tal como proposta pela clínica. É neste sentido que Naomar de Almeida Fo. afirma que a teoria da doença é propriedade da clínica,<sup>16</sup> ainda que reconhecendo o papel da epidemiologia na sua construção.

A crítica epidemiológica se resume à acuidade do diagnóstico, e possíveis variações do mesmo de acordo com o método adotado.<sup>17</sup> Neste particular o papel da epidemiologia, em especial tal como entendido pelos epidemiologistas clínicos como Sackett, passa a ser apenas o de caracterizar de forma precisa a doença, bem como avaliar processos de identificá-la. Em que pese Foucault ter afirmado que uma certa teoria geral da ordem,

dividida em taxinomia (ordenação qualitativa) e *máthesis* (ordenação quantitativa), tenha se exaurido juntamente com a *épisteme* clássica,<sup>18</sup> creio que a articulação entre clínica e epidemiologia para produzir uma taxonomia das doenças com base em descrições qualitativas e quantitativas se processa em termos no mínimo bastante semelhantes.

Onde a epidemiologia encontra maior positividade, contudo, é no estabelecimento de causas. Face à impossibilidade ou severa limitação imposta à experimentação em *anima nobili* por óbvios imperativos éticos,<sup>19</sup> cabe à epidemiologia fornecer à clínica a evidência científica necessária à sua legitimação, por meio do estabelecimento de modelos expressos em termos matemáticos - mais exatamente, probabilísticos.<sup>20</sup> O estabelecimento de relações causais em epidemiologia pode ser resumido, de forma bastante esquemática, na observação de grupos populacionais diversos, divididos de acordo com a presença ou ausência de fatores e efeitos, usualmente causas e doenças. Uma vez tabuladas as distribuições de uns e outros, e divididos os vários grupos resultantes,<sup>21</sup> procura-se analisar se há associação significativa do ponto de vista estatístico entre fator(es) e efeito. Esta

15 Estes autores definem doença como "O desarranjo anatómico, bioquímico, fisiológico ou psicológico cuja etiologia (se conhecida), mecanismos desadaptativos, apresentação, prognóstico e tratamento nós vemos em textos médicos. Embora este elemento seja usualmente chamado a doença, a utilidade deste termo ambíguo é prejudicada pela inabilidade tanto de pacientes quanto cientistas da saúde em concordar sobre sua aplicação em situações específicas (...)", passando a propor a adoção do termo desordem alvo. (SACKETT et al., 1985, p. 1). Ou seja, ainda que admitindo a ambigüidade do termo, pressupõe-se uma firme correlação do que usualmente se chama "doença" com uma desordem genérica e naturalmente dada. KLEINBAUM et al. não chegam a elaborar um conceito de doença (a ênfase de seu livro está nos métodos), e a definição que dão é tão confusa que não vale a pena ser transcrita (1982, p. 20). MIETTINEM sequer tenta elaborar um conceito de doença, enfatizando unicamente as "relações entre eventos" (1985, p. 1-5)

16 ALMEIDA Fo., 1989, p. 17

17 MACMAHON & PUGH, 1970, cap. 4 (Classificação de doenças), em especial à p. 47; LILIENFELD, 1980, cap. 3 (Conceitos epidemiológicos de doença selecionados), em especial no item D (Espectro da doença), p. 58 e cap. 6 (Estatísticas de mortalidade); SACKETT et al., 1985, parte I (Diagnóstico).

18 FOUCAULT, 1990, p. 87-91.

19 Ou não tão óbvios, quando se observa o *modus operandi* da pesquisa farmacêutica com relação a indivíduos do terceiro mundo

20 KLEINBAUM et al. supõem a abordagem probabilística como o meio mais adequado de se elaborar hipóteses aproximativas para um "mundo" que é em última análise determinista, mas ao qual os modelos deterministas não se aplicam em função de imperfeições do conhecimento disponível (1982, p. 29).

21 Uma forma bastante freqüente de apresentação deste modelo é através das chamadas tabelas de contingência, onde fatores e efeitos são dispostos em linhas e colunas, assinalando-se nas células resultantes dos cruzamentos as freqüências respectivas. A tabela mais simples analisa um único fator e um único efeito, tipicamente a presença/ausência de uma dada causa suposta e a presença/ausência de uma dada doença. Esta é a chamada tabela 2 x 2, exemplo abundante em manuais de epidemiologia clínica.

significância é alcançada quando a probabilidade de existirem subgrupos com as características observadas for inferior a uma determinada proporção, arbitrariamente escolhida, que define a probabilidade da associação ser puramente aleatória. Embora os processos matemáticos associados à determinação desta significância tenham se sofisticado progressivamente, reforçando a autonomia disciplinar da epidemiologia,<sup>22</sup> em especial após o surgimento dos microcomputadores, a lógica geral de inferência estatística é *grosso modo* a mesma.<sup>23</sup> Há, contudo, um aspecto curioso no estabelecimento de causas por parte da epidemiologia: em todos os textos consultados, as evidências epidemiológicas estão de um modo ou de outro subordinadas ao conhecimento biológico. Isto é menos claro no livro de Sackett, que aborda esta questão apenas do ponto de vista da ocorrência de possíveis efeitos adversos da terapêutica,<sup>24</sup> mas é bastante clara nos outros dois.<sup>25</sup> Outro dado relevante diz respeito a como se estabelecem hipóteses etiológicas quando do desenho de estudos epidemiológicos: se por um lado percebe-se uma influência declarada do conhecimento biológico, obviamente há o concurso de toda uma gama de valores não tidos como especificamente científicos na formulação de tais hipóteses. Um exemplo bastante esclarecedor é dado por Eduardo Faerstein, ao estudar o discurso epidemiológico sobre o câncer genital feminino, este autor detecta a interferência do que chama de "condicionamentos ideológicos", concluindo que "(...) há evidência de que a sexualidade feminina é objeto de uma ideologização culpabilizante imiscuída na investigação epidemiológica e na prática de programas, serviços e profissionais de saúde, o que tende a duplicar normas sexuais dominantes." (FAERSTEIN, 1989, p. 186) Encerrando-se este tópico, pode-se observar que, apesar da pujança metodológica da epidemiologia, a produção de conhecimento por esta disciplina encontra-se subordinada à clínica,

no momento da definição das doenças (ou "desordens-alvo"), e às ciências biológicas, no estabelecimento e/ou corroboração de hipóteses etiológicas. Dadas estas subordinações, me parece justificada a inclusão da epidemiologia como parte da racionalidade da medicina ocidental contemporânea, subordinando-se, portanto, à mesma cosmologia mecanicista que impregna o imaginário científico desta.

### A estrutura da doença

Apesar de inexistir, no contexto do saber médico, uma conceituação geral do que seria uma doença, é possível identificar um arcabouço genérico de construção discursiva dos elementos desta categoria, constituído por três dimensões ou eixos: o explicativo, o morfológico e o semiológico, apresentados sinteticamente no quadro a seguir.

### ESTRUTURA DAS DOENÇAS

#### QUADRO SINÓPTICO

Eixos	Explicativo	Morfológico	Semiológico
Disciplina-tipo	Fisiopatologia	Anatomia	Clínica
Categoria Central	Causa	Lesão	Caso
Definição de Doença	Processo	Expressão de lesão(ões)	Gestalt Semiológica
Método Característico	Experimental	Descritivo	Indiciário/ Observacional*
Período histórico	Segunda metade séc. XIX	Fim séc. XVIII início séc. XIX	Séc. XVIII

\* Aqui se daria o ponto de ligação mais estreito com a epidemiologia

22 Com a óbvia contrapartida de torná-la cada vez mais o domínio exclusivo dos *experts* matemáticos

23 Para uma análise histórica e crítica do desenvolvimento da estatística e sua relação com a epidemiologia, veja-se SWARCWALD, e CASTILHO, 1992. Embora a descrição simplificada da lógica da inferência estatística aqui exposta tenha sido criticada, é em linhas gerais coincidente com o descrito por KLEINBAUM e al. (1982, p. 26)

24 SACKETT et al., 1985, p. 230-233.

25 LILIENFELD, 1980, cap. 12 (A derivação de inferências biológicas a partir de estudos epidemiológicos), em especial a discussão sobre os postulados de KOCH (p. 292-295); MACMAHON & PUGH, 1970, cap. 2 (Conceitos de causa). As concepções discutidas no segundo texto, apesar de antigas, são consideradas clássicas na epidemiologia, tendo portanto validade até hoje - veja-se GREENLAND, 1987, p. 25.

Esta descrição toma as doenças como formações discursivas, na acepção de Foucault,<sup>26</sup> e não objetos pré-existentes, já que um dos objetivos deste trabalho é justamente proporcionar uma visão crítica desta pressuposição de pré-existência.

O primeiro eixo corresponde à caracterização das doenças como processo, possuindo uma ou mais causas e uma história natural. Este é o eixo da fisiopatologia, da experimentação em animais, com indução de doenças artificiais. É neste eixo que o saber médico mais se aproxima das ciências "duras" no domínio do biológico. Há ainda alguma relação com a epidemiologia, no que diz respeito ao estabelecimento de causas. Este é, por fim, o eixo historicamente mais recente, tendo se desenvolvido a partir da segunda metade do século XIX.

O segundo eixo é o da descrição de lesões características, patognomônicas, território característico da anatomia patológica. O conceito de lesão sofreu modificações basicamente em termos de sua abrangência, acompanhando o movimento geral das disciplinas biológicas em direção ao microscópico; contemporaneamente descrevem-se lesões em nível molecular. Assim sendo, toda a parafernália laboratorial utilizada para a realização dos chamados exames complementares estaria incluída neste eixo, visto que tais exames dirigem-se, basicamente, a evidenciar lesões. Historicamente este eixo estrutura-se num período que vai do final do século XVIII aos primeiros anos do século XIX.

O terceiro e último eixo é o da clínica propriamente dita onde as doenças são vistas como constelações de sinais e sintomas, formando *gestalts* semiológicas. Este é o eixo da leitura do caso. A caracterização deste eixo no presente não é uma tarefa simples, tendo em vista a imbricação das definições propriamente semiológicas das doenças

com os outros dois eixos. Deve-se recordar, porém, que a grade nosológica hoje representada pela classificação contida no Código Internacional de Doenças (CID) antedata os desenvolvimentos metodológicos contidos nos eixos anteriores. Se, por um lado, utilizando a terminologia foucaultiana, podemos dizer que a medicina das espécies foi suplantada pela anatomo-clínica, isto não equivale a dizer que a medicina tenha deixado de ser classificatória. Ao contrário, no terreno preparado pela taxonomia anteriormente desenvolvida, ainda no século XVIII, é que as instâncias de objetivação desenvolvidas a partir da anatomo-clínica encontraram um campo de desenvolvimento pleno. Fica claro, portanto, que este eixo comporta um desenvolvimento simultâneo em duas direções: a da individualização, recorrendo a um método indiciário (tal como descrito por Ginzburg)<sup>27</sup>, para recortar uma *gestalt* semiológica específica; ao mesmo tempo, há um movimento de generalização, localizando o caso individual num inventário de doenças (a grade nosológica a que aludi há pouco) produzido segundo o mesmo método. É nesta segunda direção que a clínica se aproxima da epidemiologia. Mais ainda, se tomarmos epidemiologia, numa definição mínima, como o estudo de doenças em populações, clínica e epidemiologia tornam-se indistinguíveis. Atrevo-me a dizer que, se abstrairmos o instrumental matemático incorporado pela última neste século, as duas disciplinas confundem-se nas suas origens: o nascimento da clínica foi, também, o nascimento da epidemiologia<sup>28</sup>. A separação das duas disciplinas, iniciada posteriormente, ainda hoje é incompleta. Gêmeas xifópagas, clínica e epidemiologia encontram-se ligadas por seu patrimônio comum: a coleção de doenças, construída em conjunto pelas duas.

26 "Caso se possa descrever, entre certo número de enunciados, semelhante sistema de dispersão, no caso em que entre os objetos, os tipos de enunciação, os conceitos, as eleições temáticas, se possa definir uma regularidade (uma ordem, correlações, posições em funcionamento, transformações), se dirá, por convenção, que se trata de uma formação discursiva (...)" FOUCAULT, 1972, p. 62.

27 GINZBURG, 1989a

28 Foucault, ao final do texto "O nascimento do hospital" conclui: "O indivíduo e a população são dados simultaneamente como objetos de saber e alvos de intervenção da medicina, graças à tecnologia hospitalar. (...) A medicina que se forma no século XVIII é tanto uma medicina do indivíduo quanto da população" (FOUCAULT, 1981, p. 111). Lilienfeld, por sua vez, inicia seu livro com a seguinte frase: "A epidemiologia ocupa-se com os padrões de ocorrência de doença em populações humanas e dos fatores que influenciam estes padrões" (LILIENFELD, 1980, p. 1), frase que Kleinenbaum et al. repetem quase literalmente: "epidemiologia pode ser vista simplesmente como o estudo de doença e saúde em populações humanas" (KLEINENBAUM et al., 1982, p. 20). Acredito que a convergência entre as citações fala por si só.

A ordem de apresentação dos três eixos neste texto não é casual; com efeito, eles estão dispostos segundo a hierarquia valorativa de sua "cientificidade", uma vez que é precisamente esta cientificidade que empresta legitimidade social à medicina ocidental. Deste ponto de vista, o eixo explicativo é o mais valorizado, devido à sua inclusão no domínio das ciências experimentais, e o eixo semiológico, mais próximo da prática - e portanto da "arte" - é relativamente depreciado como método de produção de conhecimento, ficando o eixo morfológico num patamar intermediário. No momento do exercício concreto do ofício de médico, contudo, esta relação hierárquica inverte-se, predominando precisamente o eixo menos valorizado do ponto de vista da legitimação social; mais uma vez observa-se o divórcio entre a ciência das doenças e a arte de curar.

Friso, contudo, que esta última observação não implica num juízo depreciativo; como já registrei anteriormente neste mesmo texto, a relação teoria/prática em medicina é bem mais contingente do que se poderia supor. Não pretendo com isto questionar a legitimidade ou mesmo a eficácia da prática médica, embora efetivamente espere que a exposição dos impasses conceituais, teóricos e metodológicos do corpo disciplinar que em tese a fundamenta contribua de algum modo para uma reflexão crítica que recupere o papel central dos aspectos especificamente humanos (o que chamei há pouco de "arte de curar") desta mesma prática, para que não sigamos tendo, como aponta Clavreul (1983), ao invés de uma relação intersubjetiva entre médicos e pacientes, as relações estereis - e iatrogênicas - entre instituições e doenças.

### Referências Bibliográficas

- ALMEIDA FILHO**, Noamar. *Epidemiologia sem números*. Rio de Janeiro: Campus, 1989. 108 p.  
\_\_\_\_\_. *A Clínica e a epidemiologia*. Salvador: Rio de Janeiro: APCE-ABRASCO, 1992. 164 p.  
\_\_\_\_\_. A Clínica, a epidemiologia e a epidemiologia clínica. *Physis*, v. 3, n. 1, p.35-53, 1993.
- AYRES**, José Ricardo C.M. *A Epidemiologia e o projeto emancipador nas práticas de saúde*. São Paulo: FMUSP, 1991. (dissertação de mestrado)  
\_\_\_\_\_. Objeto da epidemiologia e nós." *Physis*, v.3, n. 1, p. 55-76, 1993.
- BACHELARD**, Gaston. *A Epistemologia*. Lisboa: Edições 70, 1971. 220 p.  
\_\_\_\_\_. *O Materialismo racional*. Lisboa: Edições 70, 1991. 261 p.
- BASTOS**, Cristiana. *Ciências sociais e epidemiologia*. Texto apresentado na semana "Médicos contra AIDS", realizada pelo SinMed/RJ e Grupo Pella Vidda, 1991 (mimeo)  
\_\_\_\_\_. Explorações em antropologia dos processos globais: o caso da comunidade científica e a AIDS. Texto apresentado na XVIII Reunião da Sociedade Brasileira de Antropologia, 1992. (mimeo)
- BOURDIEU**, Pierre. O campo científico." In: \_\_\_\_\_. *Pierre Bourdieu*. Coletânea organizada por Renato Ortiz. São Paulo: Ática, 1983. p. 122-155.  
\_\_\_\_\_. Sobre o poder simbólico. In: \_\_\_\_\_. *O Poder simbólico*. Lisboa: Difel, 1989, p. 7-16.
- BURTT**, Edwin A. *As Bases metafísicas da ciência moderna*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1983. 267 p.
- CAMARGO Jr.**, Kenneth R. *(Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1990. (dissertação de mestrado)  
\_\_\_\_\_. Paradigmas, ciência e saber médico. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, n. 6, 1992. 20p. (Série Estudos em Saúde Coletiva)  
\_\_\_\_\_. Voltando aos paradigmas, à ciência e ao saber médico. In: MATTOS, Rubem. et al. *Paradigmas, ciência e saber médico: uma discussão*. IMS/UERJ, n. 31, 1993 p. 29-52 (Série Estudos em Saúde Coletiva)  
\_\_\_\_\_. *A Construção da AIDS: racionalidade médica e estruturação das doenças*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993. (tese de doutorado)



- CANGUILHEM** George. *Ideologia e racionalidade nas ciências da vida*. Lisboa: Edições 70, 1977. 126 p.
- \_\_\_\_\_. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982
- \_\_\_\_\_. *Études d'histoire et de philosophie des sciences*. Paris: Librairie philosophique J. Vrin, 1983, p. 9-23
- \_\_\_\_\_. *Puissance et limites de la rationalité en médecine*. Paris: Librairie philosophique J. Vrin, p. 392-411.
- CHALMERS**, Allan F. *O que é ciência, afinal?* São Paulo: Brasiliense, 1993. 222 p.
- CLAVREUL**, Jean. *A Ordem médica*. São Paulo: Brasiliense, 1983. 274 p.
- COLLINS**, H.M. The Sociology of knowledge: studies of contemporary science. *Ann. Rev. Sociol.*, v. 9, p. 265-285, 1983. v.
- COSTA**, Dias (org.) (1990) *Epidemiologia/teoria e objeto*. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1990. 220 p.
- CZERESNIA**, Dina. Construção científica e inovação teórica: um desafio para a epidemiologia. *Physis*, v. 3, n. 1, p. 77-90, 1993.
- EPSTEIN**, Isaac. *Revoluções científicas*. São Paulo: Ática, São Paulo, 1988. 144 p.
- FAERSTEIN**, Eduardo. Ideologia, normas médicas e racionalidade epidemiológica: o caso do câncer genital feminino. *Cad. IMS* v. 3, n. 1, p. 173-86, 1989.
- FLECK**, Ludwick. *La Génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Madrid: Alianza Editorial, 1986. 197 p.
- FOUCAULT**, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980. 241 p.
- \_\_\_\_\_. *As Palavras e as coisas*. São Paulo: Martins Fontes, 1990. 404 p.
- \_\_\_\_\_. *La Arqueología del saber*. México: Siglo Veintiuno, 1972. 355 p.
- \_\_\_\_\_. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1981. p. 79-98
- \_\_\_\_\_. *O nascimento do hospital*. Rio de Janeiro: Graal, 1981. p. 99-111.
- GINZBURG**, Carlo. Sinais: raízes de um paradigma indiciário." In: \_\_\_\_\_ *Mitos, emblemas, sinais*. São Paulo: Cia. das Letras, 1989, p. 143-179.
- \_\_\_\_\_. *O alto e o baixo: o tema do conhecimento proibido nos séculos XVI e XVII*. São Paulo: Cia. das Letras, 1989. p. 143p. 95-117
- GREENLAND**, S. (ed.) *Evolution of epidemiologic ideas*. Epidemiology Resources, Inc., 1987. 235 p.
- HALL**, A. R. *A Revolução na ciência: 1500-1570*. Lisboa: Edições 70, 1988. 494 p.
- HAMLYN**, D. *Uma história da filosofia ocidental*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990. 416 p.
- HARRÉ**, R. *As Filosofias da ciência*. Lisboa: Edições 70, 1988. 236 p.
- HAWKING**, S. *A Brief history of time*. New York: Bantam Books, 1988. 210 p.
- KLEINBAUM**, D. G. et al. *Epidemiologic research*. Belmont, California: Lifetime Learning Publications, 1982. 529 p.
- KNELLER**, G. *A Ciência como atividade humana*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 310 p.
- KOYRÉ**, Alexandre. *Estudos de história do pensamento científico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1991. 388 p.
- KUHN**, Thomas S. *A revolução copernicana*. Lisboa: Edições 70, 1990. 329 p.
- \_\_\_\_\_. *A Estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1991. 257 p.
- LATOUR**, B, **CALLON**, M. (org.), *La Science telle qu'elle se fait*. Paris: La Découverte, 1991. 257 p.
- LILLIENFELD**, A. et al. *Principles of epidemiology*. New York: Oxford University Press, 1980. 375 p.
- LUZ**, Madel. *Fondements idéologiques de la méthode structurelle-fonctionnelle*. Louvain, Belgica: 1969. (dissertação de mestrado)
- \_\_\_\_\_. *Natural, racional, social*. Rio de Janeiro: IFCS/UFRJ, 1987. (tese para provimento do cargo de professor titular)
- \_\_\_\_\_. et al. *Primeiro seminário - projeto racionalidades médicas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1992. (mimeo)
- MACHADO**, Roberto. et al. (1978) *Danação da norma*. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 559 p.
- \_\_\_\_\_. *Ciência e saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1982. 218 p.
- MACMAHON**, B., **PUGH**, T.F. (1970) *Epidemiology: principles and methods*. Boston: Little, Brown & Co., 1970. 376 p.
- MIETTINEN**, O. *Theoretical Epidemiology*. New York: John Wiley & Sons, 1985. 359 p.

- PENNA, Maria Lúcia F.** *Tuberculose: assistência ou controle?* Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1988. (dissertação de mestrado)
- PRIGOGINE, I. STENGERS, I.** (1989) *A nova aliança*. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1989. 247 p.
- \_\_\_\_\_. *Entre o tempo e a eternidade*. São Paulo: Cia. das Letras, 1992. 226 p.
- ROSEN, George.** *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. 401 p.
- ROSSI, Paolo.** *A ciência e a filosofia dos modernos*. São Paulo: Editora UNESP, 1992. 389 p.
- SACKETT, D. HAYNES, B., TUGWELL, P.** *Clinical epidemiology*. Boston: Little, Brown & Co. 1985. 369 p.
- SCHRAMM, F. e CASTIEL, L.** Processo saúde/doença e complexidade em epidemiologia. *Cad. Saúde Pública*, v. 8 n. 4 p. 379-390, 1992.
- STENGERS, Isabelle.** *Quem tem medo da ciência?* São Paulo: Edições Siciliano, 1989. 175 p.
- SWARCWALD, C.L., CASTILHO, E.A.** (1992) Os Caminhos da estatística e suas incursões pela epidemiologia. *Cad. Saúde Públ.*, v. 8 n. 1, p. 5-21, 1992.

---

KENNETH ROCHEL DE CAMARGO JR. é Doutor em Saúde Coletiva, Pesquisador Associado do Instituto de Medicina Social - UERJ, Médico do Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ  
Endereço p/correspondência: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social  
R. S. Fco. Xavier, 524 7º andar bl. D/E, CEP 20559-900, Rio de Janeiro, RJ, E-mail: kenneth @ bruerj (bitnet), kenneth @ vmesa.uerj.br (internet)