

5. O modelo biomédico

No decorrer de toda a história da ciência ocidental, o desenvolvimento da biologia caminhou de mãos dadas com o da medicina. Por conseguinte, é natural que, uma vez estabelecida firmemente em biologia a concepção mecanicista da vida, ela dominasse também as atitudes dos médicos em relação à saúde e à doença. A influência do paradigma cartesiano sobre o pensamento médico resultou no chamado modelo biomédico*, que substituiu o alicerce conceitual da moderna medicina científica. O corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular; o papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enaguçado. Três séculos depois de Descartes, a medicina ainda se baseia, como escreveu George Engel, "nas noções do corpo como uma máquina, da doença como consequência de uma avaria na máquina, e da tarefa do médico como conserto dessa máquina"¹.

Ao concentrar-se em partes cada vez menores do corpo, a medicina moderna perde freqüentemente de vista o paciente como ser humano, e, ao reduzir a saúde a um funcionamento mecânico, não pode mais ocupar-se como o fenômeno da cura. Essa é talvez a mais séria deficiência da abordagem biomédica. Embora todo médico praticante saiba que a cura é um aspecto essencial de toda a medicina, o fenômeno é considerado fora do âmbito científico; o termo "curar" é encarado com desconfiança, e os conceitos de saúde e cura não são geralmente discutidos nas escolas de medicina.

O motivo da exclusão do fenômeno da cura da ciência biomédica é evidente. É um fenômeno que não pode ser entendido em termos reductionistas. Isso se aplica à cura de ferimentos e, sobre-

* O modelo biomédico é, com freqüência, chamado simplesmente de modelo médico. Entretanto, usarei o termo "biomédico" para distingui-lo dos modelos conceituais de outros sistemas médicos, como o chinês. (N. do A.)

tudo, à cura de doenças, o que geralmente envolve uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana. Reincorporar a noção de cura à teoria e à prática da medicina, significa que a ciência médica terá que transcender sua estreita concepção de saúde e doença. Isso não quer dizer que ela tenha de ser menos científica. Pelo contrário, ao ampliar sua base conceitual, pode tornar-se mais coerente com as recentes conquistas da ciência moderna.

A saúde e o fenômeno da cura têm tido significados diferentes conforme a época. O conceito de saúde, tal como o conceito de vida, não pode ser definido com precisão; os dois estão, de fato, intimamente relacionados. O que se entende por saúde depende da concepção que se possui do organismo vivo e de sua relação com o meio ambiente. Como essa concepção muda de uma cultura para outra, e de uma era para outra, as noções de saúde também mudam. O amplo conceito de saúde necessário à nossa transformação cultural — um conceito que inclui dimensões individuais, sociais e ecológicas — exige uma visão sistêmica dos organismos vivos e, correspondentemente, uma visão sistêmica de saúde? Para começar, a definição de saúde dada pela Organização Mundial de Saúde no preâmbulo de seu estatuto poderá ser útil: "A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doenças ou enfermidades".

Embora a definição da OMS seja algo irrealista — pois descreve a saúde como um estado estático de perfeito bem-estar, em vez de um processo em constante mudança e evolução —, ela revela, não obstante, a natureza holística da saúde, que terá de ser apreendida se quisermos entender o fenômeno da cura. Ao longo dos tempos, a cura foi praticada por curandeiros populares, guiados pela sabedoria tradicional, que concebia a doença como um distúrbio da pessoa como um todo, envolvendo não só seu corpo como também sua mente, a imagem que tem de si mesma, sua dependência do meio ambiente físico e social, assim como sua relação com o cosmo e as divindades. Esses curandeiros, que ainda tratam a maioria dos pacientes no mundo inteiro, adotam muitas abordagens diferentes, as quais são holísticas em diferentes graus, e usam uma ampla variedade de técnicas terapêuticas. O que eles têm em comum é que nunca se restringem a fenômenos puramente físicos, como ocorre no modelo biomédico. Através de rituais e cerimônias, tentam influenciar a mente do paciente, aliviando a apreensão, que é sempre um componente significativo da doença, ajudando-o a estimular os poderes curativos naturais que todos os organismos vivos possuem. Essas cerimônias de cura envolvem usualmente uma intensa relação entre o curandeiro e o paciente,

e são freqüentemente interpretadas em termos de forças sobrenaturais canalizadas através do primeiro.

Em termos científicos modernos, poderíamos dizer que o processo de cura representa a resposta coordenada do organismo inteiro às influências ambientais causadoras de tensão. Essa concepção de cura envolve um certo número de conceitos que transcendem a divisão cartesiana e que não podem ser formulados de acordo com a estrutura da ciência médica atual. Por isso os pesquisadores biomédicos tendem a desprezar as práticas dos curandeiros populares, relutando em admitir sua eficácia. Tal "cientificismo médico" faz com que se esqueça que a arte de curar é um aspecto essencial de toda a medicina, e que mesmo a nossa medicina científica teve que se apoiar quase exclusivamente nela até algumas décadas atrás, pois tinha pouco mais a oferecer em termos de métodos específicos de tratamento.³

A medicina ocidental emergiu de um vasto reservatório de curas tradicionais e populares, e propagou-se subsequentemente ao resto do mundo; acabou por transformar-se em vários graus, mas conservou sua abordagem biomédica básica. Com a extensão global do sistema biomédico, vários autores abandonaram os termos "ocidental", "científica" ou "moderna" e referem-se agora, simplesmente, à "medicina cosmopolita".⁴ Mas o sistema médico "cosmopolita" é apenas um entre muitos. A maioria das sociedades apresenta um pluralismo de sistema e crenças médicos sem nítidas linhas divisórias entre um sistema e outro. Além da medicina cosmopolita e da medicina popular, ou curandeirismo, muitas culturas desenvolveram sua própria medicina, algumas de elevada tradição. À semelhança da medicina cosmopolita, esses sistemas — indiano, chinês, persa e outros — baseiam-se numa tradição escrita, usando conhecimentos empíricos, e são praticados por uma elite profissional. Sua abordagem é holística, se não efetivamente na prática, pelo menos na teoria. Além desses sistemas, todas as sociedades desenvolveram um sistema de medicina popular — crenças e práticas usadas no seio de uma família, ou de uma comunidade, que são transmitidas oralmente e não requerem curandeiros profissionais.

A prática da medicina popular tem sido tradicionalmente uma prerrogativa das mulheres, uma vez que a arte de curar, na família, está usualmente associada às tarefas e ao espírito da maternidade. Os curandeiros, por sua vez, são mulheres ou homens, em proporções que variam de cultura para cultura. Não têm uma profissão organizada; sua autoridade deriva de seus poderes de cura — freqüentemente interpretados como o acesso deles ao mundo do espírito — e não de um diploma. Com o surgimento da medicina organizada, de longa tradição, entretanto, os padrões patriar-

cais se impuseram e a medicina passou a ser dominada pelo homem. Isso é verdadeiro tanto para a medicina chinesa ou grega clássica quanto para a medicina européia medieval, ou a moderna medicina cosmopolita.

Na história da medicina ocidental, a conquista do poder por uma elite profissional masculina envolveu uma longa luta que acompanhou o surgimento da abordagem racional e científica da saúde e da cura. O resultado dessa luta foi o estabelecimento de uma elite médica quase exclusivamente masculina e a intrusão da medicina em setores que eram tradicionalmente atendidos por mulheres, como o parto. Essa tendência está sendo agora invertida pelo movimento das mulheres: elas reconhecem nos aspectos patriarcais da medicina mais uma das manifestações do controle do corpo das mulheres pelos homens, e estabeleceram como um de seus objetivos centrais a plena participação das mulheres na assistência à sua própria saúde.⁵

A maior mudança na história da medicina ocidental ocorreu com a revolução cartesiana. Antes de Descartes, a maioria dos teapeutas atentava para a interação de corpo e alma, e tratava seus pacientes no contexto de seu meio ambiente social e espiritual. Assim como sua visão de mundo mudou com o correr do tempo, o mesmo aconteceu com suas concepções de doença e seus métodos de tratamento, mas eles costumavam considerar o paciente como um todo. A filosofia de Descartes alterou profundamente essa situação. Sua rigorosa divisão entre corpo e mente levou os médicos a se concentrarem na máquina corporal e a negligenciarem os aspectos psicológicos, sociais e ambientais da doença. Do século XVII em diante, o progresso na medicina acompanhou de perto o desenvolvimento ocorrido na biologia e nas outras ciências sociais. Quando a perspectiva da ciência biomédica se transferiu do estudo dos órgãos corporais e suas funções para o das células e, finalmente, para o das moléculas, o estudo do fenômeno da cura foi progressivamente negligenciado, e os médicos passaram a achar cada vez mais difícil lidar com a interdependência de corpo e mente.

O próprio Descartes, embora introduzisse a separação de corpo e mente, considerou, não obstante, a interação entre ambos um aspecto essencial da natureza humana, e estava perfeitamente ciente de suas implicações na medicina. A união de corpo e alma foi o principal tema de sua correspondência com um de seus mais brilhantes discípulos, a princesa Elizabeth, da Boêmia. Descartes considerava-se professor e amigo íntimo da princesa, além de seu médico; e quando Elizabeth não estava bem de saúde e descrevia

seus sintomas físicos a Descartes, este não hesitava em diagnosticar que seu mal era devido, predominantemente, à tensão emocional, ou estresse emocional, como diríamos hoje; receitava-lhe, então, relaxamento e meditação, além dos tratamentos físicos⁶. Assim, Descartes mostrou-se muito menos "cartesiano" do que a maioria dos médicos atuais.

No século XVII, William Harvey explicou o fenômeno da circulação sanguínea em termos puramente mecanicistas, mas outras tentativas de construção de modelos mecanicistas para as funções fisiológicas foram muitíssimo menos felizes. No final do século era evidente que uma aplicação direta da abordagem cartesiana não levaria a novos progressos médicos, e surgiram numerosos contramovimentos no século XVIII, tendo sido o sistema da homeopatia o mais difundido e mais bem sucedido⁷.

O avanço da moderna medicina científica principiou no século XIX com os grandes progressos feitos em biologia. No começo do século, a estrutura do corpo humano, em seus mínimos detalhes, era quase completamente conhecida. Além disso, um rápido progresso estava sendo feito na compreensão dos processos fisiológicos, graças, em grande parte, aos cuidadosos experimentos realizados por Claude Bernard. Assim, biólogos e médicos, fiéis à abordagem reducionista, voltaram suas atenções para entidades menores. Essa tendência desenvolveu-se em duas direções. Uma foi instigada por Rudolf Virchow, ao postular que todas as doenças envolviam mudanças estruturais ao nível celular, estabelecendo assim a biologia celular como a base da ciência médica. A outra direção da pesquisa teve como pioneiro Louis Pasteur, iniciador do estudo intensivo de microorganismos, que passou a ocupar desde então os pesquisadores biomédicos.

A clara demonstração, por Pasteur, da correlação entre bactéria e doença teve um impacto decisivo. Ao longo de toda a história médica, os médicos vinham debatendo a questão sobre se uma doença específica era causada por um único fator ou era o resultado de uma constelação de fatores agindo simultaneamente. No século XIX, esses dois pontos de vista foram enfatizados, respectivamente, por Pasteur e Bernard. Bernard concentrou-se em fatores ambientais, externos e internos, e sublinhou a concepção de doença como o resultado de uma perda de equilíbrio interno envolvendo, em geral, a concorrência de uma variedade de fatores. Por seu lado, Pasteur concentrou seus esforços na elucidação do papel das bactérias na eclosão da doença, associando tipos específicos de doenças a micróbios específicos.

Pasteur e seus seguidores venceram triunfantemente o debate e, em consequência, a teoria microbiana da doença — a doutrina de que doenças específicas são causadas por micróbios específicos

— foi rapidamente aceita pelos médicos. O conceito de etiologia específica foi formulado com precisão pelo médico Robert Koch, que postulou um conjunto de critérios necessários para provar, de maneira conclusiva, que um certo micróbio é o causador de uma doença específica. Esses critérios, conhecidos como "postulados de Koch", são ensinados desde então nas escolas de medicina.

Havia muitas razões para uma tão completa e exclusiva aceitação do ponto de vista de Pasteur. Uma delas foi o grande gênio de Louis Pasteur, que era não só um notável cientista, mas também um habilidoso e vigoroso polemista, com um talento especial para as demonstrações espetaculares. Uma outra razão foi a eclosão de várias epidemias na Europa nessa época, as quais propiciaram modelos ideais para demonstrar o conceito de causação específica. A razão mais importante, entretanto, foi o fato de que a doutrina da causação específica de doenças ajustava-se perfeitamente à estrutura da biologia oitocentista.

A classificação lineana das formas vivas estava ganhando aceitação geral no começo do século, e parecia natural estendê-la a outros fenômenos biológicos. A identificação de micróbios com doenças forneceu um método para isolar e definir entidades patológicas; foi estabelecida, assim, uma taxonomia de doenças que não diferia muito da taxonomia de plantas e animais. Além disso, a idéia de uma doença ser causada por um único fator estava em perfeita concordância com a concepção cartesiana dos organismos vivos como sendo máquinas cujo desarranjo pode ser imputado ao mau funcionamento de um único mecanismo.

Na medida em que a concepção reducionista de doença se estabeleceu como princípio fundamental da moderna ciência médica, os médicos deram pouca importância ao fato de as opiniões do próprio Pasteur sobre a questão da causação de doenças serem muito mais sutis do que a interpretação simplista dada por seus seguidores. René Dubos demonstrou de maneira convincente, com a ajuda de muitas citações, que a visão de mundo de Pasteur era fundamentalmente ecológica⁸. Ele tinha consciência do efeito dos fatores ambientais sobre o funcionamento dos organismos vivos, embora não dispusesse de tempo para investigá-los experimentalmente. O objetivo primordial de suas pesquisas sobre doenças era o estabelecimento do papel causativo dos micróbios, mas ele também estava intensamente interessado no que chamava o "terreno", que era como se referia ao meio ambiente interno e externo do organismo. Em seu estudo das doenças do bicho-da-seda, que o le-

* *Etiologia, do grego "aitia", "causa", é um termo médico que significa "causa (ou causas) de doença". (N. do A.)*

vou à teoria microbiana, Pasteur reconheceu que essas doenças resultavam de uma interação complexa entre o hospedeiro, os micróbios e o meio ambiente, e escreveu, ao completar a pesquisa: "Se eu tivesse que empreender novos estudos sobre doenças do bicho-da-seda, dirigiria meus esforços para as condições ambientais que aumentam seu vigor e sua resistência".

Na sua concepção das doenças humanas, Pasteur mostrava a mesma consciência ecológica. Ele tomou por certo que o corpo saudável exibe uma forte resistência a muitos tipos de micróbios. Ele sabia muito bem que todo e qualquer organismo humano atua como hospedeiro para uma multidão de bactérias, e assinalou que estas só podem causar danos quando o corpo está debilitado. Assim, na opinião de Pasteur, a terapia bem-sucedida depende frequentemente da habilidade do médico para restabelecer as condições fisiológicas favoráveis à resistência natural. Escreveu Pasteur: "Esse é um princípio que deve estar sempre presente na mente do médico ou do cirurgião, porque pode tornar-se, com frequência, um dos alicerces da arte de curar". Ainda mais corajosamente, Pasteur sugeriu que os estados mentais afetam a resistência à infecção: "Muitas vezes ocorre que a condição do paciente — sua debilidade, sua atitude mental... — forma uma barreira insuperável contra a invasão dos seres infinitamente pequenos". O fundador da microbiologia possuía uma visão de doença suficientemente ampla para antever intuitivamente abordagens corpo-mente da terapia que só muito recentemente foram desenvolvidas e ainda são alvo de suspeitas por parte dos círculos institucionais médicos.

A doutrina da etiologia específica influenciou muito o desenvolvimento da medicina, dos dias de Pasteur e Koch até hoje, ao transferir o foco da pesquisa biomédica do hospedeiro e do meio ambiente para o estudo dos microrganismos. A concepção estreita de doença resultante disso representa uma séria lacuna da medicina moderna, fato que está se tornando cada vez mais evidente. Por outro lado, o conhecimento de que os microrganismos, além de afetarem o desenvolvimento da doença, podem também causar a infecção de ferimentos cirúrgicos revolucionou a prática da cirurgia. Levou primeiro ao desenvolvimento do sistema anti-séptico, no qual os instrumentos e o vestuário cirúrgicos eram esterilizados; e, subsequentemente, ao método asséptico, no qual tudo o que entra em contato com o ferimento tem que estar completamente livre de bactérias. Juntamente com a técnica da anestesia geral, esses avanços colocaram a cirurgia numa base inteiramente nova, criando os principais elementos do intrincado ritual que se tornou característico da cirurgia moderna.

Os progressos em biologia durante o século XIX foram acom-

panhados pelo avanço da tecnologia médica. Foram inventados novos instrumentos de diagnóstico, como o estetoscópio e aparelhos para a tomada da pressão sanguínea; e a tecnologia cirúrgica tornou-se mais sofisticada. Ao mesmo tempo, a atenção dos médicos transferiu-se gradualmente do paciente para a doença. Patologias foram localizadas, diagnosticadas e rotuladas de acordo com um sistema definido de classificação, e estudadas em hospitais transformados, das medievais "casas de misericórdia", em centros de diagnóstico, terapia e ensino. Assim começou a tendência para a especialização, que iria atingir seu auge no século XX.

A ênfase na definição e localização precisa de patologias também foi aplicada ao estudo médico de perturbações mentais, para as quais foi criada a palavra "psiquiatria"*. Em vez de tentarem compreender as dimensões psicológicas da doença mental, os psiquiatras concentraram seus esforços na descoberta de causas orgânicas — infecções, deficiências alimentares, lesões cerebrais — para todas as perturbações mentais. Essa "orientação orgânica" em psiquiatria foi incentivada pelo fato de que, em numerosos casos, os pesquisadores puderam, de fato, identificar origens orgânicas de distúrbios mentais e desenvolver métodos bem-sucedidos de tratamento. Embora esses êxitos fossem parciais e isolados, estabeleceram firmemente a psiquiatria como um ramo da medicina comprometido com o modelo biomédico. Isso resultou num desenvolvimento um tanto problemático no século XX. De fato, mesmo no século XIX, o limitado êxito da abordagem biomédica na área da doença mental inspirou um movimento alternativo — a abordagem psicológica — que levou à fundação da psiquiatria dinâmica e da psicoterapia de Sigmund Freud⁹, situando a psiquiatria muito mais perto das ciências sociais e da filosofia.

No século XX, a tendência reducionista persistiu na ciência biomédica. Houve notáveis realizações, mas alguns desses triunfos demonstraram os problemas inerentes a seus métodos, visíveis desde o início do século, mas que se tornaram então evidentes para um grande número de pessoas, dentro e fora do campo da medicina. Isso conduziu a prática da medicina e a organização da assistência à saúde ao centro do debate público e evidenciou a muitos que seus problemas estão profundamente interligados com as outras manifestações da nossa crise cultural¹⁰.

A medicina do século XX caracteriza-se pela progressão da biologia até o nível molecular e pela compreensão de vários fenômenos biológicos nesse nível. Com esse progresso, como vimos, a

* Do grego "psyche", "mente", e "iatreia", "cura". (N. do A.)

biologia molecular como forma de pensamento impôs-se às ciências humanas e, por conseguinte, passou a ser a base científica da medicina. Todos os grandes êxitos da ciência médica em nosso século basearam-se num conhecimento detalhado dos mecanismos celular e molecular.

O primeiro avanço de envergadura, que realmente resultou de novas aplicações e elaborações de conceitos do século XIX, foi o desenvolvimento de uma grande série de medicamentos e vacinas para o combate às doenças infecciosas. Primeiro foram descobertas vacinas contra doenças bacterianas — febre tifóide, tétano, difteria e muitas outras —, depois, contra doenças provocadas por vírus. Na medicina tropical, o uso combinado de imunização e inseticidas (para controlar os mosquitos transmissores de doenças) resultou na vitória contra três importantes doenças dos trópicos: malária, febre amarela e lepra. Ao mesmo tempo, muitos anos de experiência nesses programas ensinaram aos cientistas que o controle de doenças tropicais envolve muito mais do que vacinações e pulverização com produtos químicos. Como todos os inseticidas são tóxicos para os seres humanos, e como eles se acumulam nas plantas e nos tecidos animais, devem ser usados muito judiciosamente. Além disso é necessária uma detalhada pesquisa ecológica para entender as interdependências dos organismos e ciclos vitais envolvidos na transmissão e no desenvolvimento de cada doença. As complexidades são tais que nenhuma dessas doenças pode ser completamente erradicada; mas elas podem ser efetivamente controladas pela habilidosa manipulação das condições ecológicas¹¹.

A descoberta da penicilina em 1928 precipitou a era dos antibióticos, um dos períodos mais espetaculares da medicina moderna; ela culminou na década de 50 com a descoberta de uma profusão de agentes antibacterianos capazes de enfrentar uma grande variedade de microorganismos. Outra importante novidade farmacológica, também da década de 50, foi uma ampla gama de medicamentos psicotivos, sobretudo tranquilizantes e antidepressivos. Com esses novos medicamentos, os psiquiatras estavam aptos a controlar uma variedade de sintomas e padrões de comportamento de pacientes psicóticos sem causar-lhes uma profunda obnubilação da consciência. Isso ocasionou uma importante transformação na assistência aos doentes mentais. As técnicas de coerção externa foram substituídas pelos sutis grilhões internos do moderno arsenal farmacológico, o que reduziu substancialmente o tempo de hospitalização e tornou possível tratar muitas pessoas como pacientes ambulatoriais. O entusiasmo por esses êxitos iniciais obscureceu por algum tempo o fato de que os medicamentos psicotivos apresentam uma série de perigosos efeitos colaterais; e embora controlem sintomas, não

têm, sem dúvida, efeito algum sobre os distúrbios subjacentes. Os psiquiatras estão cada vez mais conscientes disso, e opiniões críticas começam a superar as entusiásticas virtudes terapêuticas tão apregoadas.

Um importante triunfo da medicina moderna ocorreu na endocrinologia, o estudo das glândulas endócrinas* e suas secreções, conhecidas como hormônios, os quais circulam na corrente sanguínea e regulam uma grande variedade de funções corporais. O evento mais notável nesses estudos foi a descoberta da insulina**. O isolamento desse hormônio, somado ao reconhecimento de que a diabetes estava associada à insuficiência insulínica, tornou possível evitar a morte quase certa de um número incontável de diabéticos, permitindo-lhes levar uma vida normal, com o auxílio de injeções regulares de insulina. Um outro avanço importante no estudo dos hormônios ocorreu com a descoberta da cortisona, uma substância isolada do córtex da glândula supra-renal, e que constituiu um potente agente antiinflamatório. Finalmente, a endocrinologia propiciou maior conhecimento e compreensão dos hormônios sexuais, culminando no desenvolvimento da pílula anticoncepcional.

Todos esses exemplos ilustram tanto os êxitos quanto as deficiências da abordagem biomédica. Em todos os casos, os problemas médicos são reduzidos a fenômenos moleculares com o objetivo de se encontrar um mecanismo central para o problema. Uma vez entendido esse mecanismo, ele é contra-atacado por um medicamento que, com frequência, é isolado a partir de um outro processo orgânico cujo "princípio ativo" se diz que ele representa. Ao reduzir desse modo as funções biológicas a mecanismos moleculares e princípios ativos, os pesquisadores biomédicos ficam inevitavelmente limitados a aspectos parciais dos fenômenos que estudam. Por conseguinte, eles só podem obter uma visão estreita dos distúrbios que investigam e dos remédios que desenvolvem. Todos os aspectos que vão além dessa visão limitada são considerados irrelevantes, no que se refere aos distúrbios, e são enumerados como "efeitos colaterais", no caso dos remédios. A cortisona, por exemplo, ficou conhecida por seus muitos e perigosos efeitos colaterais, e a descoberta da insulina, embora extremamente útil, concentrou a atenção de clínicos e pesquisadores nos sintomas da diabetes, impedindo-os de investigar suas causas subjacentes. Em vista desse estado de coisas, a descoberta das vitaminas talvez possa ser considerada o maior êxito da ciência biomédica. Uma vez re-

* As glândulas do sistema endócrino são a pituitária ou hipófise (no cérebro), a tireóide (na garganta), as supra-renais (nos rins), as ilhotas de Langerhans (no pâncreas) e as gônadas (genitais). (N. do A.)

** A insulina é um hormônio secretado pelas glândulas pancreáticas, conhecidas como ilhotas de Langerhans. (N. do A.)

conhecida a importância desses "fatores alimentares acessórios", e estabelecida sua identidade química, muitas doenças da nutrição causadas por deficiência vitamínica, como o raquitismo e o escorbuto, puderam ser curadas com extrema facilidade por mudanças dietéticas adequadas.

O conhecimento detalhado das funções biológicas em níveis celulares e moleculares permitiu o desenvolvimento em larga escala de farmacoterapias e ofereceu enorme contribuição à cirurgia, possibilitando aos cirurgiões aprimorar sua arte em níveis de sofisticação além de toda expectativa. Para começar, foram descobertos os três grupos sanguíneos, as transfusões de sangue tornaram-se possíveis e desenvolveu-se uma substância que impede a formação de coágulos sanguíneos. Esses progressos, juntamente com grandes avanços em matéria de anestesia, deram aos cirurgiões muito mais liberdade e tornaram possível que eles se aventurassem muitíssimo mais. Com o aparecimento dos antibióticos, a proteção contra infecções tornou-se muito mais eficiente e possibilitou a substituição de ossos e tecidos danificados por outros materiais, sobretudo plásticos. Ao mesmo tempo, os cirurgiões desenvolveram grande habilidade e destreza no tratamento dos tecidos e no controle das reações do organismo. A nova tecnologia médica permitiu-lhes manter processos fisiológicos normais, mesmo durante prolongadas intervenções cirúrgicas. Na década de 60, Christiaan Barnard transplantou um coração humano, e outros transplantantes de órgãos se seguiram com graus variáveis de sucesso. Com essas conquistas, a tecnologia médica atingiu um grau de sofisticação sem precedentes e se tornou onipresente a moderna assistência médica. Ao mesmo tempo, a crescente dependência da medicina em relação à alta tecnologia suscitou um certo número de problemas que não são apenas de natureza médica ou técnica, mas envolvem questões sociais, econômicas e morais muito mais amplas¹².

Na longa ascensão da medicina científica, os médicos tiveram fascinantes *insights* dos mecanismos íntimos do corpo humano e desenvolveram tecnologias num impressionante grau de complexidade e sofisticação. Entretanto, apesar desses grandes avanços da ciência médica, estamos assistindo hoje a uma profunda crise da assistência médica na Europa e na América do Norte. Muitas razões são apontadas para o descontentamento generalizado com as instituições médicas — inacessibilidade de serviços, ausência de simpatia e solicitude, imperícia ou negligência —, mas o tema central de todas as críticas é a impressionante desproporção entre o custo e a eficácia da medicina moderna. Apesar do considerável aumento nos gastos com saúde nas últimas três décadas,

e em meio aos pronunciamentos dos médicos acerca do valor da ciência e da tecnologia, a saúde da população não parece ter apreendido uma melhora significativa.

A relação entre medicina e saúde é difícil de ser avaliada porque a maioria das estatísticas sobre saúde usa o limitado conceito biomédico de saúde, definindo-a como ausência de doença. Uma avaliação significativa envolveria a saúde do indivíduo e a saúde da sociedade; teria que incluir doenças mentais e patologias sociais. Tal concepção abrangente mostraria que, embora a medicina tenha contribuído para a eliminação de certas doenças, isso não restabeleceu necessariamente a saúde. Na concepção holística de doença, a enfermidade física é apenas uma das numerosas manifestações de um desequilíbrio básico do organismo¹³. Outras manifestações podem assumir a forma de patologias psicológicas e sociais; e quando os sintomas de uma enfermidade física são efetivamente suprimidos por intervenção médica, uma doença pode muito bem expressar-se de algum outro modo.

Com efeito, as psicopatias e sociopatias tornaram-se agora importantes problemas de saúde pública. De acordo com algumas pesquisas, cerca de 25 por cento da população norte-americana é psicologicamente perturbada e pode ser considerada seriamente deficiente e carente de atenção terapêutica¹⁴. Ao mesmo tempo, verificou-se um aumento alarmante do alcoolismo, dos crimes violentos, dos acidentes e suicídios, todos sintomas de saúde social precária. Analogamente, os sérios problemas de saúde infantil atuais têm sido vistos como indicadores de doença social¹⁵, a par do aumento da criminalidade e do terrorismo político.

Por outro lado, houve um grande aumento na expectativa de vida nos países desenvolvidos durante os últimos duzentos anos, e isso é freqüentemente citado como uma indicação dos efeitos benéficos da medicina moderna. Contudo, esse argumento é falacioso. A saúde tem muitas dimensões, todas decorrentes da complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos e sociais da natureza humana. Em suas várias facetas, ela reflete todo o sistema social e cultural, e nunca pode ser representada por um único parâmetro, como a taxa de mortalidade ou a duração média de vida. A expectativa de vida é uma estatística útil mas não suficiente para medir a saúde de uma sociedade. Para se obter um quadro mais exato, temos de transferir nossa atenção da quantidade para a qualidade. O aumento registrado na expectativa de vida resultou primordialmente de um declínio da taxa de mortalidade infantil, o que, por sua vez, está relacionado com o nível de pobreza, o acesso a uma alimentação adequada e muitos outros fatores sociais, econômicos e culturais. Sabemos ainda muito pouco a respeito de como essas múltiplas forças se combinam para afetar

a mortalidade infantil, mas é evidente que a assistência médica pouco contribuiu para seu declínio.¹⁶

Qual é, pois, a relação entre medicina e saúde? Em que medida a moderna medicina ocidental foi bem sucedida na cura de doenças e no alívio da dor e do sofrimento? As opiniões tendem a variar consideravelmente e levam a um certo número de afirmações conflitantes. Por exemplo, as seguintes declarações podem ser encontradas num recente estudo sobre saúde realizado nos Estados Unidos, patrocinado pela Fundação Johnson e a Fundação Rockefeller:

“Desenvolvemos o mais refinado esforço de pesquisa biomédica no mundo, e nossa tecnologia médica é insuperável”.

John H. Knowles, presidente,
Fundação Rockefeller

“Na maioria dos casos, somos relativamente ineficientes na prevenção de doenças ou na preservação da saúde por intervenção médica.”

David E. Rogers, presidente,
Fundação Robert Wood Johnson

“...o extraordinário, quase inconcebível progresso que a medicina realizou, de fato, em décadas recentes...”

Daniel Callahan, diretor,
Institute of Society, Ethics and the Life Sciences,
Hastings-on-Hudson, Nova York

“Estamos, aproximadamente, com a mesma lista das principais doenças mais comuns com que o país se defrontou em 1950, embora tenhamos acumulado um notável acervo de informações acerca de algumas delas neste meio tempo, tal acumulação ainda é insuficiente para permitir a prevenção ou a cura completa de qualquer uma delas.”

Lewis Thomas, presidente,
Memorial Sloan-Kettering Cancer Center

“As melhores estimativas são de que o sistema médico (médicos, remédios, hospitais) afeta cerca de 10 por cento dos índices usuais para a medição da saúde.”

Aaron Wildavsky, decano,
Graduate School of Public Policy,
Universidade da Califórnia, Berkeley¹⁷

Estas declarações aparentemente contraditórias tornam-se inteligíveis quando nos apercebemos de que diferentes pessoas refe-

rem-se a diferentes fenômenos ao falar a respeito do progresso da medicina. Aqueles que afirmam ter havido progresso aludem aos avanços científicos na descoberta de mecanismos biológicos, associando-os a doenças específicas e ao desenvolvimento de tecnologias que agirão sobre elas. Com efeito, a ciência biomédica tem realizado considerável progresso nesse sentido nas últimas décadas. Entretanto, como os mecanismos biológicos só muito raramente são as causas exclusivas de uma doença, compreendê-los não significa necessariamente que se fez algum progresso na assistência à saúde. Logo, aqueles que dizem que a medicina fez poucos progressos nos últimos vinte anos também estão certos. Eles estão falando de cura e não de conhecimento científico. As duas espécies de progresso não são, é claro, incompatíveis. A pesquisa biomédica continuará sendo uma parte importante da futura assistência à saúde, ainda que integrada numa abordagem mais ampla, holística.

Ao examinar-se a relação entre medicina e saúde, também é necessário entender que existe um vasto espectro de medicina, da clínica geral à medicina de emergência, da cirurgia à psiquiatria. Em algumas dessas áreas, a abordagem biomédica tem sido extremamente bem sucedida, ao passo que em outras mostrou-se um tanto ineficaz. O grande êxito da medicina de emergência ao lidar com acidentes, infecções agudas e nascimentos prematuros é bem conhecido. Quase todas as pessoas conhecem alguém cuja vida foi salva, ou cuja dor e aflição foram extraordinariamente reduzidas, graças à intervenção médica. De fato, nossa moderna tecnologia médica é soberba ao lidar com essas emergências. Mas, embora tal assistência médica possa ser decisiva em casos individuais, parece não fazer uma diferença significativa para a saúde das populações como um todo.¹⁸ A grande publicidade dada a procedimentos médicos tão espetaculares quanto a cirurgia de coração aberto e os transplantes de órgãos tende a fazer-nos esquecer que muitos desses pacientes não teriam sido hospitalizados se medidas preventivas não tivessem sido gravemente negligenciadas.

Uma conquista extraordinária na história da saúde pública, que tem sido usualmente creditada à medicina moderna, foi o acentuado declínio das doenças infecciosas no final do século XIX e começo do século XX. Cem anos atrás, doenças como a tuberculose, a cólera e a febre tifóide eram uma constante ameaça. Qualquer pessoa podia contrai-las, e cada família receava perder pelo menos um de seus filhos. Hoje, a maioria dessas doenças desapareceu quase completamente nos países desenvolvidos, e as ocorrências, muito raras, podem ser facilmente controladas com antibióticos. O fato de essa mudança extraordinária ter ocorrido mais ou menos simultaneamente ao avanço da moderna medicina científica levou à crença gene-

ralizada de que ela foi ocasionada pelas realizações da ciência médica. Essa crença, embora compartilhada pela maioria dos médicos, está inteiramente errada. Estudos da história dos tipos de doença mostraram de forma concludente que a contribuição da intervenção médica para o declínio das doenças infecciosas foi muito menor do que geralmente se acredita. Thomas McKeown, uma destacada autoridade no campo da saúde pública e da medicina social, realizou um dos mais detalhados estudos da história das infecções¹⁹. Seu trabalho fornece provas conclusivas de que o declínio impressionante na mortalidade a partir do século XVIII foi devido principalmente a três fatores. A mais antiga e duradoura influência foi a da considerável melhoria na nutrição. Desde o fim do século XVII, a produção de alimentos aumentou rapidamente no mundo ocidental; houve grandes avanços na agricultura, e a resultante expansão de suprimentos alimentares tornou as pessoas mais resistentes às infecções. O papel crítico da nutrição no fortalecimento da reação do organismo às doenças infecciosas está agora bem estabelecido, e é compatível com a experiência dos países do Terceiro Mundo, onde a desnutrição é reconhecida como a causa predominante da saúde precária²⁰. A segunda razão principal para o declínio das doenças infecciosas pode ser atribuída à melhoria das condições de higiene e saneamento a partir da segunda metade do século XIX. O século XIX não só nos trouxe a descoberta de microrganismos e a teoria microbiana das doenças, mas foi também a era em que a influência do meio ambiente sobre a vida humana tornou-se um ponto focal do pensamento científico e da consciência pública. Lamarck e Darwin viram a evolução dos organismos vivos como o resultado da influência ambiental; Bernard enfatizou a importância do *milieu intérieur*, e Pasteur mostrou-se interessado no "terreno" em que os micróbios agem. No domínio social, uma preocupação análoga com o meio ambiente produziu os movimentos populares e as cruzadas sanitárias em prol da saúde e da higiene públicas.

A grande maioria dos reformadores da saúde pública do século XIX não acreditava na teoria microbiana das doenças, mas supunha que a má saúde tinha origem na pobreza, na desnutrição e na sujeira, e organizaram vigorosas campanhas de saúde pública para combater essa situação. Isso levou à melhoria das condições de higiene pessoal e da nutrição, e à introdução de novas medidas sanitárias — purificação da água, eficiente rede de esgotos, fornecimento de leite pasteurizado e melhor higiene dos alimentos —, todas elas extremamente eficazes no controle de doenças infecciosas. Houve também um significativo declínio nas taxas de natalidade, relacionado à melhoria geral das condições de vida²¹. Isso reduziu a taxa de crescimento da população e garantiu que o progresso na saúde não seria comprometido pelos números crescentes.

A análise de McKeown dos vários fatores que influenciaram a mortalidade causada por infecções mostra muito claramente que a intervenção médica foi um fator muito menos importante do que outros. Todas as principais doenças infecciosas tinham atingido seu auge e declinado muito antes de serem introduzidos os primeiros antibióticos eficazes e as técnicas de imunização. Essa ausência de correlação entre a mudança de tipos de doença e a intervenção médica também encontrou impressionante confirmação em numerosos experimentos em que as modernas tecnologias médicas foram usadas sem êxito para melhorar a saúde de várias populações "subdesenvolvidas" nos Estados Unidos e alhures²². Esses experimentos parecem indicar que a tecnologia médica, por si só, é incapaz de provocar mudanças significativas nos tipos básicos de doença.

A conclusão a ser extraída desses estudos da relação entre medicina e saúde parece ser que as intervenções biomédicas, embora extremamente úteis em emergências individuais, têm muito pouco efeito sobre a saúde de populações inteiras. A saúde dos seres humanos é predominantemente determinada, não por intervenção médica, mas pelo comportamento, pela alimentação e pela natureza de seu meio ambiente. Como essas variáveis diferem de cultura para cultura, cada uma tem suas próprias enfermidades características, e, na medida em que mudam gradualmente a alimentação, o comportamento e as situações ambientais, mudam também os tipos de doença. Assim, as doenças infecciosas agudas que afligiram a Europa e a América do Norte no século XIX, e que ainda hoje são as maiores responsáveis pela morte no Terceiro Mundo, foram substituídas nos países industrializados por doenças que já não estão associadas à pobreza e a precárias condições de vida, mas, pelo contrário, à prosperidade e à complexidade tecnológica. São as doenças crônicas e degenerativas — cardiopatias, câncer, diabetes — às quais se deu adequadamente o nome de "doenças da civilização", porquanto estão intimamente relacionadas a atitudes estressantes, dietas muito ricas, abuso de drogas, vida sedentária e poluição ambiental, características da vida moderna.

Em virtude de suas dificuldades em lidar com doenças degenerativas dentro da estrutura conceitual biomédica, os médicos, em vez de ampliarem essa estrutura, parecem freqüentemente resignar-se à aceitação dessas doenças como conseqüências inevitáveis do "desgaste" geral, para o qual não existe cura. Em contrapartida, o público está cada vez mais insatisfeito com o atual sistema de assistência médica, dando-se conta de que ele, infelizmente, gerou custos exorbitantes sem melhorar de modo significativo a saúde do povo, e queixando-se de que os médicos tratam as doenças mas não estão interessados nos pacientes.

As causas de nossa crise na área da saúde são múltiplas; elas podem ser encontradas dentro e fora da ciência médica e estão intricavelmente ligadas à crise mais ampla, de natureza social e cultural. No entanto, um número crescente de pessoas, dentro e fora do campo médico, percebe as deficiências do atual sistema de assistência à saúde e aponta suas raízes na estrutura conceitual que serve de suporte à teoria e à prática médicas; elas passaram a acreditar que a crise persistirá se essa estrutura não for modificada²³. Assim, é útil estudar com algum detalhe a base conceitual da medicina científica moderna, o modelo biomédico, para ver de que modo ele afeta a prática da medicina e a organização da assistência à saúde²⁴.

A medicina é praticada de várias maneiras por homens e mulheres com diferentes personalidades, atitudes e crenças. Portanto, a seguinte caracterização não se aplica a todos os médicos, pesquisadores médicos ou instituições. Há uma grande variedade no âmbito da moderna medicina científica; alguns médicos de família são muito solícitos e desvelados, e outros preocupam-se muito pouco; existem cirurgões mais espiritualizados e que praticam sua arte com uma profunda reverência pela condição humana, enquanto outros são cínicos e motivados pelo lucro; embora ocorram experiências muito humanas em hospitais, outras há que são desumanas e degradantes. Apesar dessa grande variedade, entretanto, um sistema geral de crenças inspira a atual educação médica, a pesquisa e a assistência institucional à saúde. Esse sistema de crenças baseia-se no modelo conceitual que descrevemos historicamente.

O modelo biomédico está firmemente assente no pensamento cartesiano. Descartes introduziu a rigorosa separação de mente e corpo, a par da idéia de que o corpo é uma máquina que pode ser completamente entendida em termos da organização e do funcionamento de suas peças. Uma pessoa saudável seria como um relógio bem construído e em perfeitas condições mecânicas; uma pessoa doente, um relógio cujas peças não estão funcionando apropriadamente. As principais características do modelo biomédico, assim como muitos aspectos da prática médica atual, podem ter sua causa primeira nessa metáfora cartesiana.

Obedecendo à abordagem cartesiana, a ciência médica limitou-se à tentativa de compreender os mecanismos biológicos envolvidos numa lesão em alguma das várias partes do corpo. Esses mecanismos são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular, deixando de fora todas as influências de circunstâncias não-biológicas sobre os processos biológicos. Em meio à enorme rede de fenômenos que influenciam a saúde, a abordagem biomédica estuda apenas alguns aspectos fisiológicos. O conhecimento desses aspectos é, evidentemente, muito útil, mas eles representam apenas uma pequena parte da história. A prática médica, baseada em tão

limitada abordagem, não é muito eficaz na promoção e manutenção da boa saúde. De fato, essa prática, hoje em dia, *causa* frequentemente mais sofrimento e doença, segundo alguns críticos, do que cura²⁵. Isso não mudará enquanto a ciência médica não relacionar seu estudo dos aspectos biológicos da doença com as condições físicas e psicológicas gerais do organismo humano e o seu meio ambiente.

Tal como os físicos em seu estudo da matéria, os médicos tentaram compreender o corpo humano reduzindo-o aos seus componentes básicos e às suas funções fundamentais. Como disse Donald Fredrikson, diretor dos National Institutes of Health, "a redução da vida em todas as suas complicadas formas a certos elementos fundamentais, que podem então ser sintetizados de novo para uma melhor compreensão do homem e seus males, é a preocupação básica da pesquisa biomédica"²⁶. Dentro desse espírito reducionista, os problemas médicos são analisados passando-se ao estudo de fragmentos cada vez menores — de órgãos e tecidos para células, depois para fragmentos celulares e, finalmente, para moléculas isoladas — e, com excessiva freqüência, o próprio fenômeno original acaba sendo deixado de lado. A história da moderna ciência médica mostrou repetidamente que a redução da vida a fenômenos moleculares não é suficiente para se compreender a condição humana, seja na saúde seja na doença.

Em face de problemas ambientais ou sociais, os pesquisadores médicos argumentam freqüentemente que tais ocorrências estão fora das fronteiras da medicina. A educação médica, assim dizem eles, deve estar dissociada, por definição, das preocupações sociais, uma vez que estas são causadas por forças sobre as quais os médicos não têm controle²⁷. Mas os médicos desempenharam um papel importante na criação desse dilema, ao insistirem em que só eles estão qualificados para determinar o que constitui doença e selecionar a terapia apropriada. Enquanto mantiverem sua posição no topo da hierarquia do poder, dentro do sistema de assistência à saúde, eles terão a responsabilidade de ser sensíveis a todos os aspectos da saúde.

Os interesses da saúde pública estão geralmente isolados da educação e da prática médicas, as quais são severamente desequilibradas pela excessiva ênfase dada aos mecanismos biológicos. Muitas questões que são fundamentais para a saúde — como nutrição, emprego, densidade populacional e habitação — não são suficientemente discutidas nas escolas de medicina; por conseguinte, há pouco espaço para a assistência preventiva à saúde na medicina contemporânea. Quando os médicos falam de prevenção de doenças, fazem-no freqüentemente considerando a estrutura mecanicista do modelo biomédico, mas as medidas preventivas, nesse âmbito tão

limitado, não podem, é claro, ir muito longe. John Knowles, presidente da Fundação Rockefeller, diz francamente: "Os mecanismos biológicos básicos da maioria das doenças comuns ainda não são suficientemente conhecidos para que se tomem medidas preventivas e acertadas"²⁸.

O que é verdadeiro para a prevenção da doença também vale para a arte de curar os enfermos. Em ambos os casos, os médicos têm de lidar com o indivíduo como um todo e com sua relação com o meio ambiente físico e social. Embora a arte de curar ainda seja largamente praticada, dentro e fora da medicina, isso não é explicitamente reconhecido em nossas instituições médicas. O fenômeno da cura estará excluído da ciência médica enquanto os pesquisadores se limitarem a uma estrutura conceitual que não lhes permite lidar significativamente com a interação de corpo, mente e meio ambiente.

A divisão cartesiana influenciou a prática da assistência à saúde em vários e importantes aspectos. Em primeiro lugar, dividiu a profissão em dois campos distintos com muito pouca comunicação entre si. Os médicos ocupam-se do tratamento do corpo, os psiquiatras e psicólogos, da cura da mente. O hiato entre os dois grupos tem sido uma séria desvantagem para a compreensão da maioria das doenças importantes, porque impediu os pesquisadores médicos de estudarem os papéis do estresse e dos estados emocionais no curso das doenças. Só muito recentemente o estresse foi reconhecido como a fonte significativa de uma vasta gama de enfermidades e distúrbios, e o vínculo entre estados emocionais e doença, embora conhecido através dos tempos, ainda recebe pouca atenção por parte da classe médica.

Como resultado da divisão cartesiana, existem hoje dois corpos distintos de literatura na pesquisa de saúde. Na literatura psicológica, a importância dos estados emocionais para a doença é amplamente debatida e bem documentada. Essas pesquisas são realizadas por psicólogos experimentais e relatadas em revistas de psicologia que os cientistas biomédicos raramente lêem. Por sua vez, a literatura médica está bem fundamentada na fisiologia, mas jamais se ocupa dos aspectos psicológicos da doença. Os estudos do câncer são típicos. A ligação entre estados emocionais e câncer é perfeitamente conhecida desde o final do século XIX, e as provas relacionadas na literatura psicológica são substanciais. Mas raríssimos médicos estão a par desses trabalhos, e os pesquisadores médicos não incorporaram os dados psicológicos a suas pesquisas²⁹.

Um outro fenômeno que é pouco entendido devido à incapacidade dos cientistas biomédicos para integrar elementos físicos e

psicológicos é o fenômeno da dor³⁰. Os pesquisadores médicos ainda não sabem precisamente o que causa a dor, nem entendem totalmente as vias de comunicação entre corpo e mente. Assim como a doença, como um todo, tem aspectos físicos e psicológicos, o mesmo ocorre com a dor que freqüentemente está associada a ela. Na prática, é quase sempre impossível saber quais são as fontes de dor e quais as psicológicas; de dois pacientes com idênticos sintomas físicos, um pode estar sofrendo dores excruciantes, enquanto o outro nada sente. Para entendermos a dor e sermos capazes de aliviá-la no processo da cura, devemos considerá-la em seu contexto mais amplo, que inclui as atitudes e expectativas mentais do paciente, seu sistema de crenças, o apoio emocional da família e dos amigos, e muitas outras circunstâncias. Em vez de lidar com a dor desse modo abrangente, a atual prática médica, atuando dentro de uma limitada estrutura biomédica, tenta reduzir a dor a um indicador de algum distúrbio fisiológico específico. Na maioria das vezes, a dor é tratada por meio da negação e suprimida com analgésicos.

O estado psicológico de uma pessoa, evidentemente, não só é importante na geração da doença, mas também crucial para o processo de cura. A reação psicológica do paciente ao médico é uma parte importante, talvez a mais importante, de toda e qualquer terapia. Induzir a paz de espírito e a confiança no processo de cura sempre foi uma finalidade primordial do encontro terapêutico entre médico e paciente, e é bem conhecido dos médicos que isso é usualmente feito de maneira intuitiva, nada tendo a ver com a habilidade técnica. Como observou Leonard Shlain, um notável cirurgião, "alguns médicos parecem fazer bem às pessoas, enquanto outros, independentemente de todas as suas qualificações de especialistas, apresentam elevados índices de complicações. A arte de curar não pode ser quantificada"³¹.

Na medicina moderna, os problemas psicológicos e os problemas de comportamento são estudados e tratados por psiquiatras. Embora sejam médicos com treinamento formal, saídos das mesmas escolas de medicina, existe pouca comunicação entre eles e seus colegas de outras áreas, ou seja, entre os profissionais da saúde mental e os profissionais da saúde física. Muitos médicos chegam a olhar com sobranceira os psiquiatras, considerando-os médicos de segunda classe. Isso mostra, uma vez mais, o poder do dogma biomédico. Os mecanismos biológicos são vistos como a base da vida, os eventos mentais, como fenômenos secundários. Os médicos que se ocupam da doença mental são considerados menos importantes.

Em muitos casos, os psiquiatras reagiram a essa atitude aderindo do rigorosamente ao modelo biomédico e tentando compreender a

doença mental em termos de uma perturbação nos mecanismos físicos subjacentes ao cérebro. De acordo com esse ponto de vista, a doença mental é basicamente a mesma que a doença física; a única diferença é que ela afeta mais o cérebro do que qualquer outro órgão do corpo, manifestando-se através de sintomas mentais e não físicos. Esse desenvolvimento conceitual levou a uma situação algo curiosa. Enquanto os curandeiros ao longo dos tempos tentaram tratar a doença física por meios psicológicos, os psiquiatras modernos tentam agora tratar a doença psicológica por meios físicos, tendo-se convencido de que os problemas mentais são doenças do corpo.

A orientação orgânica em psiquiatria resultou na transferência de conceitos e métodos que foram considerados úteis no tratamento de doenças físicas para o campo dos distúrbios emocionais e comportamentais. Como se acredita que esses distúrbios se baseiam em mecanismos biológicos específicos, dá-se grande ênfase ao estabelecimento do diagnóstico correto usando um sistema reducionista de classificação. Embora essa abordagem tenha fracassado para a maioria dos distúrbios mentais, ainda é amplamente adotada na esperança de que se encontrem, enfim, os mecanismos específicos de causação da doença e os correspondentes métodos específicos de tratamento para todos os distúrbios mentais.

Quando ao tratamento, o método preferido consiste em tratar as doenças mentais com medicação, que controla os sintomas do distúrbio mas não o cura. E está ficando cada vez mais evidente que esse tipo de tratamento é contraterapêutico. De uma perspectiva holística de saúde, a doença mental pode ser vista como resultante de uma falha na avaliação e na integração da experiência. De acordo com esse ponto de vista, os sintomas de um distúrbio mental refletem a tentativa do organismo de curar-se e atingir um novo nível de integração³. A prática psiquiátrica corrente interfere nesse processo de cura espontânea ao suprimir os sintomas. A verdadeira terapia consistiria em facilitar a cura fornecendo ao paciente uma atmosfera de apoio emocional. Em vez de ser suprimido, permitir-se-ia que o processo que constitui um sintoma fosse intensificado em tal atmosfera, e a auto-análise contínua culminaria em sua plena experiência e consciente integração, completando assim o processo de cura.

Para praticar essa terapia, é essencial que se possua considerável conhecimento do espectro total da consciência humana. Os psiquiatras carecem frequentemente desse conhecimento, e, no entanto, eles são legalmente responsáveis pelo tratamento de doenças mentais. Assim, os doentes mentais são tratados em instituições médicas onde psicólogos clínicos, que frequentemente possuem um co-

nhecimento muito mais completo dos fenômenos psicológicos, atuam meramente como auxiliares subordinados aos psiquiatras.

A extensão do modelo biomédico ao tratamento de distúrbios mentais tem sido, em seu todo, muito lamentável. Embora a abordagem biológica tenha sido útil para o tratamento de alguns distúrbios com uma nítida origem orgânica, ela é inteiramente inadequada para muitos outros, para os quais os modelos psicológicos são de fundamental significado. Consideráveis esforços têm sido empregados na tentativa de se chegar a um sistema de diagnóstico dos distúrbios mentais preciso e organicamente fundamentado, sem a compreensão de que a busca de diagnósticos objetivos e acurados não trará, em última instância, qualquer resultado na maioria dos casos psiquiátricos. A desvantagem prática dessa abordagem tem sido a de que muitos indivíduos sem disfunções orgânicas são tratados em estabelecimentos médicos onde são submetidos a terapias de valor duvidoso, a custos extremamente elevados.

As limitações da abordagem biomédica em psiquiatria estão ficando agora evidentes para um número crescente de profissionais da saúde, os quais estão empenhados num vigoroso debate sobre a natureza da doença mental. Thomas Szasz, que considera a doença mental puro mito, assume talvez a posição mais extrema³. Szasz condensa a noção de doença como algo que ataca pessoas sem qualquer relação com sua personalidade, estilo de vida, sistema de crenças ou ambiente social. Nesse sentido, toda doença, mental ou física, é um mito. Se o termo é usado numa acepção holística, levando-se em conta o organismo e a personalidade do paciente, como um todo, assim como o meio ambiente físico e social, os distúrbios mentais são tão reais quanto as doenças físicas. Mas tal compreensão da doença mental transcende a estrutura conceitual da atual ciência médica.

Evitar as questões filosóficas e existenciais que são suscitadas com relação a toda e qualquer enfermidade séria é um aspecto característico da medicina contemporânea. É uma outra consequência da divisão cartesiana que levou os pesquisadores médicos a concentrarem-se exclusivamente nos aspectos físicos da saúde. De fato, a questão "O que é saúde?" geralmente não é sequer formulada nas escolas de medicina, nem há qualquer discussão sobre atitudes e estilos de vida saudáveis. Essas coisas são consideradas questões filosóficas que pertencem ao domínio espiritual, fora da esfera da medicina. Além disso, pressupõe-se que a medicina seja uma ciência objetiva, que não deve se preocupar com juízos morais.

Essa concepção seicentista da ciência médica impede frequentemente os médicos de verem os aspectos benéficos e o significado

potencial da doença. A doença é vista como um inimigo a ser derrotado, e os pesquisadores médicos perseguem o ideal utópico de eliminar, finalmente, todas as doenças, através da aplicação da pesquisa biomédica. Um tão limitado ponto de vista desconsidera os sutis aspectos psicológicos e espirituais da doença e impede que os pesquisadores médicos tomem consciência, como assinalou Dubos, de que "libertar-se completamente da doença e da luta é quase totalmente incompatível com o processo de vida".³⁴

O resultado existencial último é, evidentemente, a morte — e, como todas as outras questões filosóficas e existenciais, a questão da morte é, tanto quanto possível, evitada. A falta de espiritualidade, que se tornou característica da nossa moderna sociedade tecnológica, reflete-se no fato de a profissão médica, à semelhança da sociedade como um todo, negar a morte. Dentro do âmbito mecanicista de nossa ciência médica, a morte não pode ser qualificada. A distinção entre uma boa morte e uma morte infeliz não tem sentido; a morte consiste, simplesmente, na paralisação total da máquina-corpo.

A antiqüíssima arte de morrer deixou de ser praticada em nossa cultura, e o fato de ser possível morrer com boa saúde parece ter sido esquecido pela classe médica. Enquanto no passado um dos mais importantes papéis de um bom médico era proporcionar conforto e apoio aos pacientes moribundos e a suas famílias, os médicos e outros profissionais da saúde deixaram hoje de ser treinados para lidar com pacientes agonizantes e acham extremamente difícil enfrentar o fenômeno da morte. Eles tendem a ver a morte como um fracasso; os corpos são retirados dos hospitais secretamente, na calada da noite, e os médicos parecem significativamente mais temerosos da morte do que as outras pessoas, doentes ou saudáveis.³⁵ Embora as atitudes gerais em relação à morte e à agonia tenham recentemente começado a mudar de maneira considerável,³⁶ na esteira do renascimento espiritual das décadas de 60 e 70, as novas atitudes ainda não foram incorporadas ao nosso sistema de assistência à saúde. Para tanto, é essencial uma profunda mudança conceitual na visão médica de saúde e doença.

Tendo examinado algumas das conseqüências da divisão cartesiana na medicina contemporânea, observemos agora mais de perto a imagem do corpo como máquina e seu impacto na teoria e na prática médica atuais. A concepção mecanicista do organismo humano levou a uma abordagem técnica da saúde, na qual a doença é reduzida a uma avaria mecânica e a terapia médica, à manipulação técnica.³⁷ Em muitos casos, essa abordagem foi bem sucedida. A ciência e a tecnologia médicas desenvolveram métodos altamente sofis-

ticados para remover ou consertar várias partes do corpo, e até para substituí-las por dispositivos artificiais. Isso tem aliviado o sofrimento e o desconforto de inúmeras vítimas de doenças e acidentados, contribuindo porém para distorcer as concepções de saúde e de assistência à saúde entre a classe médica e o grande público.

A imagem pública do organismo humano — imposta à força pelo conteúdo dos programas de televisão e, especialmente, pela publicidade — é a de uma máquina propensa a constantes avarias, se não for supervisionada por médicos e tratada com medicamentos. A noção do poder de cura inerente ao organismo e a tendência para manter-se saudável não é comunicada, não sendo valorizada a confiança do indivíduo em seu próprio organismo. Tampouco é enfatizada a relação entre saúde e hábitos de vida; somos encorajados a pressupor que os médicos podem consertar tudo, independentemente de nosso estilo de vida.

É desconcertante e deveras irônico que os próprios médicos sejam os que mais sofrem em decorrência da concepção mecanicista de saúde por desprezarem circunstâncias estressantes próprias de sua vida. Enquanto se esperava que os curandeiros tradicionais fossem pessoas saudáveis, mantendo o corpo e a alma em harmonia e afinados com seu meio ambiente, as atitudes e os hábitos típicos dos médicos de hoje são muito pouco saudáveis e levam a consideráveis doenças. Hoje, a expectativa de vida entre os médicos é de dez a quinze anos menos que a da média da população, e eles apresentam elevadas taxas de doença física, além de altos índices de alcoolismo, abuso de drogas, suicídio e outras patologias sociais.³⁸

A maioria dos médicos adota essas atitudes não-saudáveis logo no início do curso de medicina, onde seu treinamento foi planejado para ser uma experiência extremamente estressante. O mórbido sistema de valores que domina nossa sociedade encontrou algumas de suas expressões extremas na educação médica. As escolas de medicina, especialmente nos Estados Unidos, são as mais competitivas de todas. À semelhança do mundo dos negócios, elas apresentam a alta competitividade como uma virtude e realçam uma "abordagem agressiva" da assistência ao paciente. De fato, a postura agressiva da assistência médica é, com freqüência, tão extrema que as metáforas usadas para descrever doença e terapia são extraídas da linguagem bélica. Por exemplo, diz-se que um tumor maligno "invade" o corpo, a terapia de radiação "bombardeia" os tecidos para "matar" as células cancerígenas, sendo a quimioterapia freqüentemente comparada a uma guerra química. Assim, a educação e a prática médicas perpetuam as atitudes e os padrões de comportamento de um sistema de valores que desempenha um importante papel na causa de muitas das enfermidades que a medicina pretende curar.

Embora provoquem o estresse, as escolas de medicina não se

preocupam em ensinar a seus estudantes como enfrentá-lo. A essência do atual treinamento médico consiste em inculcar a noção de que as preocupações do paciente estão em primeiro lugar e o bem-estar do médico é secundário. Pensa-se que isso é necessário a fim de suscitar a noção de compromisso e responsabilidade; e, para promover tal atitude, o treinamento médico consiste em horários extremamente longos com muito poucas pausas. Muitos médicos dão prosseguimento a essa prática em sua vida profissional. Não é incomum um médico trabalhar o ano inteiro sem tirar férias. Essa carga de estresse é agravada pelo fato de que os médicos têm que lidar continuamente com pessoas em estado de grande ansiedade ou profunda depressão, o que aumenta a intensidade de seu trabalho cotidiano. Como eles são treinados para usar um modelo de saúde e de doença em que as forças emocionais não desempenham papel algum, são propensos a ignorá-las em sua própria vida.

A concepção mecanicista do organismo humano e a resultante abordagem técnica da saúde levaram a uma excessiva ênfase na tecnologia médica, que é considerada o único caminho para melhorar a saúde. Lewis Thomas, por exemplo, é muito explícito a esse respeito em seu artigo "On the science and technology of medicine"*. Após sua observação de que a medicina foi incapaz de impedir ou curar qualquer das mais importantes doenças nas últimas três décadas, prossegue dizendo: "Nós estamos, num certo sentido, atrelados à tecnologia de hoje, e continuaremos assim até que tenhamos um conhecimento científico ao trabalhar"³⁹.

A tecnologia pesada assumiu um papel central na moderna assistência médica. No início do século, a proporção de pessoal auxiliar era de cerca de um para cada dois médicos; hoje pode chegar a quinze para um. O instrumental de diagnóstico e terapêutica operado por esse exército de técnicos é o resultado de avanços recentes em física, química, eletrônica, informática e outros campos afins. Tais equipamentos incluem analisadores sanguíneos e tomógrafos computadorizados**, máquinas para diálise renal***, marcapassos cardíacos, equipamento para terapia de radiação e muitas outras máquinas altamente sofisticadas, além de extremamente dispendio-

* "Sobre a ciência e a tecnologia da medicina." (N. do E.)

** O tomógrafo computadorizado, ou CAT scanner, é uma máquina usada para diagnosticar, através de raios X, anormalidades dentro do crânio. Consiste numa unidade de raios X que conduz os feixes, através do crânio, em múltiplas direções; é acoplada a um computador que analisa a informação dos raios X e constrói imagens visuais que não poderiam ser obtidas por meio de técnicas convencionais. (N. do A.)

*** Uma máquina de diálise renal filtra ou "dialisa" o sangue de pacientes com deficiência renal, substituindo os rins. (N. do A.)

Dependências
Kondratieva
*
sas, algumas delas custando cerca de um milhão de dólares⁴⁰. Tal como em outras áreas, o uso dessa alta tecnologia em medicina é frequentemente injustificado. A crescente dependência da assistência médica de uma tecnologia complexa acelerou a tendência para a especialização e reforçou a propensão dos médicos de tratar partes específicas do corpo, esquecendo-se de cuidar do paciente como um ser total.

Ao mesmo tempo, a prática da medicina transferiu-se do consultório do clínico-geral para o hospital, onde se tornou progressivamente despersonalizada, quando não desumanizada. Os hospitais converteram-se em amplas instituições profissionais; enfatizando mais a tecnologia e a competência científicas do que o contato com o paciente. Nesses modernos centros médicos, que mais parecem aeroportos do que ambientes terapêuticos, os pacientes tendem a sentir-se impotentes e assustados, o que freqüentemente os impede de apresentar melhoras. De 30 a 50 por cento dos casos de hospitalização atuais são clinicamente desnecessários; por outro lado, serviços alternativos que poderiam ser, do ponto de vista terapêutico, mais eficazes, e economicamente mais eficientes, desapareceram quase por completo⁴¹.

Os custos da assistência médica aumentaram num ritmo assustador nas últimas três décadas. Nos Estados Unidos, subiram de 12 bilhões de dólares em 1950 para 160 bilhões de dólares em 1977, elevando-se quase duas vezes mais rapidamente que o custo de vida de 1974 a 1977⁴². Tendências semelhantes foram observadas na maioria dos outros países, incluindo aqueles que possuem sistemas médicos socializados. O desenvolvimento e o uso generalizado de uma dispendiosa tecnologia médica estão entre as principais razões que levaram a esse aumento acentuado dos custos da saúde. Por exemplo, a diálise realizada num paciente com deficiência renal pode custar até 10 000 dólares por ano, e uma cirurgia de coronária, que ainda não se provou se prolonga a vida, está sendo realizada milhares de vezes a um custo de 10 000 a 25 000 dólares por operação⁴³.

O excessivo uso de alta tecnologia na assistência médica, além de antieconômico, causa dor e sofrimento desnecessários. Acidentes em hospitais ocorrem mais freqüentemente do que em quaisquer outras indústrias, exceto a mineração e a construção civil de prédios altos. Foi estimado que um em cada cinco pacientes admitidos em um típico hospital de pesquisa adquire uma doença iatrogênica*, sendo que metade dos casos são o resultado de complicações da

* Doenças iatrogênicas — do grego "iátrós", "médico", e "genesis", "origem" — são doenças geradas pelo próprio processo de assistência médica. (N. do A.)

farmacoterapia, enquanto somente 10 por cento resultam dos procedimentos de diagnóstico ⁴⁴.

Os elevados riscos da moderna tecnologia médica levaram a um outro significativo aumento nos custos da saúde através do crescente número de processos judiciais por imperícia ou negligência contra médicos e hospitais. Verifica-se hoje um medo quase paranoico de ação judicial entre os médicos americanos, que tentam proteger-se da instauração de processos mediante a prática da "medicina defensiva", servindo-se cada vez mais de tecnologia diagnóstica, o que provoca novos aumentos nos custos da assistência médica e expõe os pacientes a riscos adicionais ⁴⁵. Essa crise na prática médica tem várias causas: excessivo uso de alta tecnologia dentro de um modelo mecanicista de doença, no qual toda a responsabilidade é delegada ao médico; considerável pressão por parte de um grande número de advogados motivados pelo lucro; e uma sociedade que se orgulha de ser democrática, mas não possui um sistema médico socializado.

O problema central da assistência contemporânea à saúde é o conceito biomédico de doença, de acordo com o qual as doenças são entidades bem definidas que envolvem mudanças estruturais em nível celular e têm raízes causais únicas. O modelo biomédico deixa margem a várias espécies de fatores causativos, mas a tendência dos pesquisadores é aderir à doutrina de "uma doença, uma causa". A teoria microbiana foi o primeiro exemplo de causalidade específica de doença. As bactérias e, mais tarde, os vírus passaram a ser a causa provável de, virtualmente, toda e qualquer doença de origem desconhecida. Depois, o avanço da biologia molecular trouxe o conceito de lesão * única, incluindo as anomalias genéticas; e, mais recentemente, passaram a ser estudadas as causas ambientais das doenças. Em todos esses casos, os pesquisadores médicos tentaram alcançar três objetivos: a definição precisa da doença em estudo; a identificação de sua causa específica; e o desenvolvimento do tratamento apropriado — usualmente alguma manipulação técnica que elimine a raiz causal da doença.

A teoria da causalidade específica da doença foi bem sucedida em alguns casos especiais, como os processos infecciosos agudos e as deficiências nutricionais, mas a esmagadora maioria das enfermidades não pode ser entendida em termos dos conceitos reducionistas de entidades patológicas e causas únicas bem definidas. O principal erro da abordagem biomédica é a confusão entre processos patoló-

* Lesão é um termo técnico para injúria física; designa uma mudança anormal na estrutura de um órgão ou outra parte do corpo. (N. do A.)

gicos e origens das doenças. Em vez de perguntarem por que ocorre uma doença e tentarem eliminar as condições que levaram a ela, os pesquisadores médicos tentam entender os mecanismos biológicos através dos quais a doença age, para poderem interferir neles. Entre os pesquisadores contemporâneos mais eminentes, Thomas expressou sua crença em tal abordagem com invulgar clareza: "Para cada doença existe um único mecanismo-chave que domina todos os outros. Se pudermos descobri-lo e depois encontrar uma forma de contorná-lo, poderemos controlar o distúrbio. (...) Em suma, acredito que as principais doenças dos seres humanos tornaram-se quebra-cabeças biológicos abordáveis e, em última instância, solucionáveis" ⁴⁶.

Esses mecanismos, em vez de verdadeiras origens, são vistos como as causas da doença no pensamento médico atual, e essa confusão está no próprio centro dos problemas conceituais da medicina contemporânea. Thomas McKown enfatizou: "Deve-se reconhecer que a questão fundamental na medicina é por que a doença ocorre e não como ela funciona depois que ocorreu; quer dizer, conceitualmente as origens da doença devem ter precedência sobre a natureza do processo patológico" ⁴⁷.

As origens da doença são geralmente encontradas em muitos fatores causativos que devem concorrer para tornar a saúde precária ⁴⁸. Além disso, seus efeitos diferem profundamente de pessoa para pessoa, uma vez que dependem das reações emocionais do indivíduo às situações estressantes e próprias do ambiente social em que elas ocorrem. O resfriado comum é um bom exemplo. Ele só pode se desenvolver se uma pessoa estiver exposta a um determinado vírus, mas nem todas as pessoas expostas a esse vírus serão contaminadas. A exposição resulta em doença somente quando o indivíduo exposto se encontra num estado receptivo, e isso depende das condições climáticas, da fadiga, do estresse e de uma série de outras circunstâncias que influenciam a resistência da pessoa à infecção. Para entender por que determinada pessoa contrai um resfriado, muitos desses fatores têm que ser avaliados e ponderados. Só então estará resolvido o "quebra-cabeça do resfriado comum".

Essa situação tem sua contrapartida em quase todas as doenças, a maioria delas muitíssimo mais sérias do que o resfriado comum. Um caso extremo, em complexidade e gravidade, é o câncer. Nas últimas décadas, gigantescas somas em dinheiro foram aplicadas na pesquisa do câncer com o objetivo de identificar o vírus causador dessa doença. Quando essa linha de pesquisa resultou infrutífera, a atenção foi transferida para causas ambientais, que também foram investigadas dentro de uma estrutura reducionista. Hoje, muitos pesquisadores ainda afirmam que a exposição a uma substância cancerígena é a causa única e exclusiva do câncer. Mas se atentarmos

para o número de pessoas que são expostas, por exemplo, ao amianto, e indagarmos quantas delas contraem câncer pulmonar, descobriremos que a incidência se situa em torno de algo como 1 em 1 000. Como se explica que só uma pessoa em mil contraia a doença? A resposta é que qualquer influência nociva do meio ambiente envolve o organismo como um todo, incluindo o estado psicológico e o condicionamento social e cultural da pessoa. Todos esses fatores são significativos no desenvolvimento do câncer e têm que ser levados em conta para se entender a doença.

O conceito de doença como entidade bem definida levou a uma classificação das doenças que adotou como modelo a taxonomia de plantas e animais. Tal sistema classificatório se justifica no caso das doenças com sintomas predominantemente físicos, mas não no caso das doenças mentais, às quais foi estendido. O diagnóstico psiquiátrico é notório por sua falta de critérios objetivos. Dado que o comportamento do paciente em face do psiquiatra é parte integrante do quadro clínico em que o diagnóstico se baseia, e como esse comportamento é influenciado pela personalidade, atitudes e expectativas do médico, o diagnóstico será necessariamente subjetivo. Assim, o ideal de uma classificação precisa de "doença mental" continua sendo predominantemente ilusório. Não obstante, os psiquiatras se empenharam em estabelecer sistemas objetivos de diagnósticos para distúrbios emocionais e comportamentais que lhes permitissem incluir a doença mental na definição biomédica de doença.

No processo de redução da enfermidade à doença, a atenção dos médicos desviou-se do paciente como pessoa total. Enquanto a enfermidade é uma condição do ser humano total, a doença é a condição de uma determinada parte do corpo; e em vez de tratar em pacientes que estão enfermos, os médicos concentraram-se no tratamento de suas doenças⁴⁹. Perderam de vista a importante distinção entre os dois conceitos: De acordo com o ponto de vista biomédico, não existe enfermidade, não havendo, assim, nenhuma justificação para o cuidado médico, quando não são encontradas alterações estruturais ou bioquímicas características de uma doença específica. Mas a experiência clínica tem demonstrado que uma pessoa pode estar enferma mesmo sem apresentar qualquer doença. Metade das consultas ao médico é de pessoas com queixas que não podem ser associadas a qualquer distúrbio fisiológico⁵⁰.

Em virtude da definição biomédica de doença como base da enfermidade, o tratamento médico é dirigido exclusivamente para a anormalidade biológica. Mas isso não restabelece necessariamente a saúde do paciente, mesmo que o tratamento seja bem sucedido. Por exemplo, a terapia médica do câncer pode resultar na completa regressão de um tumor sem que, no entanto, o paciente esteja bem. Os problemas emocionais podem continuar afetando a saúde do

paciente, e, se não forem superados, poderão produzir uma recorrência da malignidade⁵¹. Por outro lado, pode acontecer que um paciente não apresente evidência de qualquer doença mas sintase muito enfermo. Devido às limitações da abordagem biomédica, os médicos são frequentemente incapazes de ajudar esses pacientes, que foram apelidados de "hipocondríacos".

Embora o modelo biomédico distinga os sintomas das doenças, cada doença, numa acepção mais ampla, pode ser vista meramente como o sintoma de uma enfermidade subjacente, cujas origens raramente são investigadas. Tal conduta exigiria que a saúde precária fosse considerada dentro do amplo contexto da condição humana, reconhecendo-se que qualquer enfermidade, ou distúrbio comportamental, de um determinado indivíduo só pode ser compreendida em relação à rede de interações em que essa pessoa está inserida.

Talvez o mais impressionante exemplo da maior ênfase dada aos sintomas em detrimento das causas subjacentes seja a questão dos medicamentos dentro da medicina contemporânea. Ela tem suas raízes na idéia errônea de que as bactérias são as causas primárias das doenças e não manifestações sintomáticas do distúrbio fisiológico subjacente. Durante muitas décadas, depois de Pasteur ter apresentado sua teoria microbiana, a pesquisa médica concentrou-se nas bactérias e negligenciou o estudo do organismo hospedeiro e de seu meio ambiente. Por causa dessa ênfase unilateral, que só começou a mudar na segunda metade do nosso século, com o avanço da imunologia, os médicos tendiam a se concentrar na destruição das bactérias ao invés de procurar descobrir as raízes causais dos distúrbios. Eles tiveram êxito na supressão ou no alívio dos sintomas, mas passaram a provocar, com freqüência, novos danos ao organismo.

A excessiva ênfase nas bactérias criou a idéia de que a doença é a consequência de um ataque vindo do exterior, em vez de um distúrbio do próprio organismo. Lewis Thomas, em seu popular *Lives of a cell**, fez uma vigorosa descrição dessa concepção errônea e tão difundida:

"Ao ver televisão, temos a impressão de vivermos acuados, sob um risco total, cercados por todos os lados de micróbios sedentos de seres humanos, escudados contra a infecção e a morte graças unicamente a uma tecnologia química que nos permite continuar a matá-los antes que nos invadam. Somos convencidos a pulverizar desinfetantes por toda parte. (...) Aplicamos antibióticos poten-

* "Vidas de uma célula." (N. do E.)

tes em arranhões leves e vedamo-los com tirinhas de plástico. O plástico é o novo protetor; embrulhamos os copos já de plástico dos hotéis em mais plástico e selamos os assentos dos sanitários como se fossem segredos de Estado, depois de esparzi-los com luz ultravioleta. Vivemos num mundo onde os micróbios estão tentando sempre atingir-nos, despedaçar-nos célula por célula, e só continuamos vivos às custas da diligência e do medo”⁵².

Essas atitudes um tanto grotescas, mais notórias nos Estados Unidos do que em qualquer outra parte do mundo, são incentivadas, é claro, pela ciência médica, mas, também, de um modo ainda mais poderoso e eficaz, pela indústria química. Porém, seja qual for sua motivação, dificilmente encontrarão uma justificação biológica. É mais do que sabido que muitos tipos de bactérias e vírus associados a doenças estão comumente presentes nos tecidos de indivíduos saudáveis sem causar-lhes qualquer dano. Somente em circunstâncias especiais, que diminuem a resistência geral do organismo hospedeiro, é que eles produzem sintomas patológicos. Em nossa sociedade, é muito difícil acreditar-se nisso, mas a verdade é que o funcionamento de vários órgãos essenciais requer a presença de bactérias. Já está demonstrado que animais criados em condições totalmente livres de micróbios desenvolvem sérias anomalias anatômicas e fisiológicas⁵³.

Da gigantesca população de bactérias da Terra, apenas um pequeno número delas é capaz de gerar doenças em organismos humanos, e mesmo essas são usualmente destruídas no devido momento pelos mecanismos de imunização do próprio organismo. Eis o que diz Thomas: “O homem que apanha um meningococo * corre consideravelmente menos perigo de vida, mesmo sem quimioterapia, do que os meningococos que tiveram o azar de apanhar um homem”⁵⁴. Por outro lado, bactérias relativamente inofensivas para um determinado grupo de pessoas que adquiriram resistência a elas podem ser extremamente virulentas para outras que nunca estiveram expostas antes a esses micróbios. As catastróficas epidemias que flagelaram polinésios, índios americanos e esquimós, em seus primeiros contatos com os exploradores europeus, são um exemplo disso⁵⁵.

Na verdade, o desenvolvimento de doenças infecciosas depende tanto da resposta do hospedeiro quanto das características específicas da bactéria. Esse ponto de vista é corroborado pelo estudo meticoloso do mecanismo detalhado da infecção. Parece haver muito poucas doenças infecciosas em que as bactérias causam um dano real

* O meningococo é a bactéria associada à meningite, uma inflamação das membranas que cobrem o cérebro e a medula espinhal. (N. do A.)

e direto às células ou aos tecidos do organismo hospedeiro. Existem algumas, mas na maioria dos casos o dano é causado por uma reação excessiva do organismo, uma espécie de pânico em que um grande número de poderosos mecanismos de defesa, sem relação entre si, é acionado simultaneamente⁵⁶. As doenças infecciosas, portanto, surgem, na maioria das vezes, de uma falta de coordenação dentro do organismo, e não de danos causados por bactérias invasoras.

Diante de tais fatos, seria extremamente útil, assim como intelectualmente estimulante, estudar as complexas interações da mente, corpo e meio ambiente que afetam a resistência às bactérias. Entretanto, muito poucas pesquisas desse tipo foram até agora realizadas. As pesquisas, neste século, visaram principalmente a identificação de microorganismos específicos e o desenvolvimento de medicamentos para matá-los. Esse esforço foi extremamente bem sucedido, dotando os médicos de um arsenal de medicamentos de grande eficácia no tratamento de infecções bacterianas agudas. Mas, ainda que o uso adequado de antibióticos em situações de emergência continue sendo justificado, também será essencial estudar e reforçar a resistência natural dos organismos humanos às bactérias.

Os antibióticos, é claro, não são o único tipo de medicamento usado na medicina moderna. Os remédios tornaram-se a chave de toda a terapia médica. Eles são usados para regular uma grande variedade de funções fisiológicas através de seus efeitos sobre os nervos, músculos e outros tecidos, assim como sobre o sangue e outros fluidos corporais. Podem melhorar o funcionamento do coração e corrigir as irregularidades dos batimentos cardíacos; podem elevar ou diminuir a pressão sanguínea, impedir a formação de coágulos sanguíneos ou controlar a hemorragia excessiva, induzir a descontração muscular, afetar a secreção de várias glândulas e regular numerosos processos digestivos. Agindo sobre o sistema nervoso central, podem aliviar ou eliminar temporariamente a dor, reduzir a tensão e a ansiedade, induzir o sono ou estimular a atividade vígil. Os medicamentos podem afetar uma vasta gama de funções reguladoras, desde a acomodação visual do olho até a destruição de células cancerosas. Muitas dessas funções envolvem sutis processos bioquímicos só vagamente entendidos, quando não completamente desconhecidos.

O grande desenvolvimento da quimioterapia * na medicina moderna permitiu que os médicos salvassem inúmeras vidas e aliviassem muito sofrimento, mas, lamentavelmente, levou também ao bem conhecido uso inadequado e abusivo de medicamentos, tanto por parte dos médicos, através de receitas, quanto por parte das pessoas

* Quimioterapia é o tratamento de doenças com substâncias químicas, isto é, com medicamentos. (N. do A.)

em geral, através da automedicação. Até recentemente, os efeitos colaterais tóxicos dos remédios, embora por vezes sérios, eram tão raros que passavam geralmente por insignificantes. Mas isso era um grave erro de julgamento. Nas duas últimas décadas, as reações adversas a remédios tornaram-se um problema de saúde pública de alarmantes proporções, produzindo considerável sofrimento e desconforto para milhões de pessoas durante todos esses anos⁵⁷. Alguns desses efeitos são inevitáveis, e muitos deles podem ser atribuídos aos próprios pacientes, embora grande parte resulte de prescrições descuidadas e impróprias feitas por médicos que aderem rigidamente à abordagem biomédica. Já se afirmou que uma medicina de alta qualidade pode ser praticada sem o uso de qualquer dos vinte medicamentos mais comumente prescritos⁵⁸.

O papel central dos medicamentos na assistência contemporânea à saúde é frequentemente justificado com a observação de que os mais eficazes remédios de hoje — incluindo a digitalina, a penicilina e a morfina — provêm de plantas, muitas delas usadas como medicamento desde eras remotas. A prescrição de remédios, de acordo com esse argumento, seria meramente a continuação de um costume que provavelmente é tão antigo quanto a própria humanidade. Embora isso seja provavelmente verdadeiro, há uma diferença fundamental entre o uso de medicamentos herbáceos e os preparados químicos. Os remédios dos modernos laboratórios farmacêuticos são amostras purificadas e altamente concentradas de substâncias que existem naturalmente nas plantas. Acontece que esses produtos purificados são menos eficientes e provocam mais riscos do que os remédios originais, não-purificados. Experimentos recentes com medicamentos herbáceos indicam que o princípio ativo purificado é menos eficaz como remédio do que o extrato natural da planta, porque este último contém elementos residuais e moléculas que foram considerados sem importância, mas que desempenham um papel vital para limitar o efeito do principal ingrediente ativo. São eles que mantêm a reação do corpo dentro de limites em que não ocorrem efeitos colaterais indesejáveis. Os extratos naturais de misturas herbáceas possuem também propriedades antibacterianas muito especiais. Eles não destroem as bactérias, mas impedem-nas de se multiplicar; em consequência disso, as mutações não podem ocorrer, tendo as linhagens de bactérias resistentes à medicação pouquíssimas probabilidades de se desenvolver⁵⁹. Além disso, a dosagem dos remédios herbáceos é muito menos problemática do que a de preparados químicos. As misturas herbáceas que têm sido usadas empiricamente há milhares de anos não precisam ser quantificadas com precisão por causa de seus efeitos moderados intrínsecos. São suficientes as dosagens aproximadas, de acordo com a idade, o peso e a altura do paciente. Assim, a ciência moderna está validando agora o conheci-

mento empírico que tem sido transmitido de geração a geração por curandeiros populares em todas as culturas e tradições.

Um importante aspecto da concepção mecanicista dos organismos vivos, com seu resultante enfoque técnico da saúde, consiste na crença de que a cura da doença requer alguma intervenção externa, como a do médico, a qual tanto pode ser física — através de cirurgia ou radiação — quanto química — através de medicamentos. A atual terapia baseia-se nesse princípio de intervenção médica, confiando em forças externas para a cura ou, pelo menos, para o alívio do sofrimento e do desconforto, sem levar em consideração o potencial curativo do próprio paciente. Essa atitude deriva diretamente da visão cartesiana do corpo como uma máquina que requer alguém para consertá-la quando sofre uma avaria. Assim, a intervenção médica é efetuada com o objetivo de corrigir um mecanismo biológico específico numa determinada parte do corpo, com partes diferentes tratadas por especialistas diferentes.

Associar uma certa doença a uma parte definida do corpo é, evidentemente, muito útil em diversos casos. Mas a moderna medicina científica tem enfatizado excessivamente a abordagem reducionista e desenvolveu suas disciplinas especializadas a um ponto tal que os médicos, com frequência, já não são capazes de ver a enfermidade como uma perturbação do organismo todo, nem tratá-la como tal. A tendência, nesses casos, é tratar um determinado órgão ou tecido, e isso é geralmente feito sem levar em conta o resto do corpo e muito menos considerar os aspectos psicológicos e sociais da enfermidade do paciente.

Embora a intervenção médica fragmentária possa ser bem sucedida no alívio da dor e do sofrimento, isso nem sempre é suficiente, por si só, para justificá-la. De um ponto de vista mais amplo, nem tudo o que alivia temporariamente o sofrimento é necessariamente bom. Se a intervenção for realizada sem levar em conta outros aspectos da enfermidade, o resultado a longo prazo será quase sempre prejudicial à saúde do paciente. Por exemplo, uma pessoa pode contrair arteriosclerose, um estreitamento e endurecimento das artérias, como resultado de uma vida pouco saudável — alimentação pesada, falta de exercício, excesso de fumo. O tratamento cirúrgico de uma artéria bloqueada pode aliviar temporariamente a dor, mas não fará a pessoa ficar bem. A intervenção cirúrgica trata meramente o efeito local de um distúrbio sistêmico, que continuará a existir até que os problemas subjacentes sejam identificados e resolvidos.

A terapia médica, é claro, sempre se baseará em alguma forma de intervenção. Não é necessário, porém, que seja tão excessiva e

fragmentária como tem acontecido na assistência contemporânea à saúde. Poderia ser a espécie de terapia praticada por médicos críticos e curandeiros, há milênios, uma sutil interferência no organismo para estimulá-lo de um modo específico, de modo que ele, por si mesmo, complete o processo de cura. As terapias desse tipo baseiam-se num profundo respeito pela autocura, na noção de que o paciente, como indivíduo responsável, pode iniciar ele próprio o processo que o leve a ficar bem. Tal atitude é contrária ao enfoque biomédico, que delega toda a autoridade e responsabilidade ao médico.

De acordo com o modelo biomédico, somente o médico sabe o que é importante para a saúde do indivíduo, e só ele pode fazer qualquer coisa a respeito disso, porque todo o conhecimento acerca da saúde é racional, científico, baseado na observação objetiva de dados clínicos. Assim, os testes de laboratório e a medição de parâmetros físicos na sala de exames são geralmente considerados mais importantes para o diagnóstico do que a avaliação do estado emocional, da história familiar ou da situação social do paciente.

A autoridade do médico e sua responsabilidade pela saúde do paciente fazem-no assumir um papel paternal. Ele pode ser um pai benévolo ou um pai ditatorial, mas sua posição é claramente superior à do paciente. Além disso, como a grande maioria dos médicos é de homens, o papel paternal do médico encoraja e perpetua as atitudes sexistas em medicina, tanto no que se refere a pacientes do sexo feminino quanto a médicas⁶⁰. Essas atitudes incluem algumas das mais perigosas manifestações de sexismo, não provocadas pela medicina como tal, mas como reflexo da propensão patriarcal da sociedade como um todo e especialmente da ciência.

No sistema atual de assistência à saúde, os médicos desempenham um papel ímpar e decisivo nas equipes que se encarregam das tarefas de assistência aos pacientes⁶¹. É o médico quem encaminha os pacientes para o hospital e os manda de volta para casa, é ele quem solicita as análises e radiografias, quem recomenda uma cirurgia e receita medicamentos. O pessoal de enfermagem, embora seja com frequência altamente qualificado, como os terapeutas e os sanitaristas, é considerado mero auxiliar dos médicos e raramente pode usar todo o seu potencial. Em virtude da estreita concepção biomédica de doença e dos padrões patriarcais de poder no sistema de assistência à saúde, o importante papel que as enfermeiras desempenham no processo de cura, através do contato com os pacientes, não é plenamente reconhecido. Graças a esse contato, as enfermeiras adquirem freqüentemente um conhecimento muito mais amplo do estado físico e psicológico dos pacientes do que os médicos, mas esse conhecimento é considerado menos importante do que a avaliação "científica" do médico, baseada em testes de labo-

ratório. Fascinada pela mística que cerca a profissão médica, nossa sociedade conferiu aos médicos o direito exclusivo de determinarem o que constitui a doença, quem está doente e quem não está, e os procedimentos com relação ao indivíduo enfermo. Muitos outros profissionais, como os homeopatas, os quiropráticos e os herbanários, cujas técnicas terapêuticas são baseadas em modelos conceituais diferentes, mas igualmente coerentes, foram legalmente excluídos do ramo principal da assistência à saúde.

Embora os médicos disponham de considerável poder para influenciar o sistema de assistência à saúde, eles também estão muito condicionados por esse sistema. Como seu treinamento é substancialmente orientado para a assistência hospitalar, eles se sentem mais à vontade, em casos divíduos, quando seus pacientes estão no hospital, e, como recebem muito pouca informação idônea acerca de medicamentos de fontes não-comerciais, tendem a ser excessivamente influenciados pela indústria farmacêutica. Entretanto, os aspectos essenciais da assistência contemporânea à saúde são determinados pela natureza da educação médica. Tanto a ênfase na tecnologia de equipamentos como o uso excessivo de medicamentos e a prática da assistência médica centralizada e altamente especializada têm sua origem nas escolas de medicina e nos centros médicos acadêmicos. Qualquer tentativa de mudar o sistema atual de assistência à saúde terá de começar, portanto, pela mudança no ensino da medicina.

O ensino da medicina nos Estados Unidos foi moldado, em sua forma atual, no começo do século, quando a American Medical Association encomendou uma pesquisa nacional sobre as escolas de medicina com o objetivo de dar a esse ensino uma sólida base científica. Um objetivo paralelo da pesquisa foi canalizar as gigantescas verbas de fundações recém-estabelecidas — especialmente as concedidas pelas fundações Carnegie e Rockefeller — para algumas instituições médicas cuidadosamente selecionadas⁶². Isso estabeleceu o vínculo entre a medicina e o *big business* que passou a dominar até hoje todo o sistema de assistência à saúde.

O resultado dessa pesquisa foi o *Relatório Flexner*, publicado em 1910, que serviu de embasamento decisivo para o ensino de medicina nos EUA, fixando rigorosas diretrizes que ainda hoje são obedecidas⁶³. A moderna escola de medicina tinha que fazer parte de uma universidade, com um corpo docente permanente, dedicado ao ensino e à pesquisa. Seu objetivo primordial era a formação dos estudantes e o estudo das doenças, não a assistência aos enfermos. Assim, o diploma de doutor em medicina que a escola conferia certificava o completo domínio da ciência médica, não a capacidade

para cuidar dos pacientes. A ciência a ser ensinada e a pesquisa a ser desenvolvida estavam firmemente inseridas no contexto biomédico reducionista; em especial, tinham que ser dissociadas de preocupações sociais, consideradas fora das fronteiras da medicina.

O *Relatório Flexner* apurou que apenas cerca de 20 por cento de todas as escolas de medicina norte-americanas estavam dentro dos padrões "científicos". As outras foram declaradas de "segunda classe" e viram-se forçadas a fechar, através de pressões legais e financeiras. Se bem que muitas dessas escolas fossem, de fato, inadequadas, coincidentemente tratava-se de instituições que tinham admitido estudantes negros, pobres e do sexo feminino, que tiveram seu acesso efetivamente impedido a esse ensino. Em especial, a instituição médica opunha-se veementemente à admissão de mulheres, originando-se daí uma série de obstáculos contra o treinamento e a prática das médicas.

Sob o impacto do *Relatório Flexner*, a medicina científica voltou-se cada vez mais para a biologia, tornando-se mais especializada e concentrada nos hospitais⁶⁴. Os especialistas passaram a substituir os clínicos-gerais, como professores, tornando-se os modelos para os aspirantes a médicos. Em fins da década de 40, os estudantes de medicina dos centros médicos universitários não tinham quase nenhum contato com médicos que exerciam a clínica geral; e, como seu treinamento tinha lugar, cada vez mais, dentro de hospitais, eles estavam efetivamente afastados do contato com a maioria das enfermidades com que as pessoas se defrontam em sua vida cotidiana. Tal situação persiste até hoje. Enquanto dois terços das queixas registradas na prática médica cotidiana envolvem enfermidades menos importantes e de breve duração, que usualmente têm cura, e menos de 5 por cento das doenças graves envolvem uma ameaça à vida, essa proporção é invertida nos hospitais universitários⁶⁵. Assim, os estudantes de medicina têm uma visão distorcida da enfermidade. Sua principal experiência envolve apenas uma porção minúscula dos problemas comuns de saúde, e esses problemas não são estudados no seio da comunidade, onde seu contexto mais amplo poderia ser avaliado, mas nos hospitais, onde os estudantes se concentram exclusivamente nos aspectos biológicos das doenças. Por conseguinte, internos e residentes adquirem um notório desdém pelo paciente ambulatorial — a pessoa que os procura andando com suas próprias pernas e lhes apresenta queixas que usualmente envolvem problemas tanto emocionais quanto físicos —, e eles acabam por considerar o hospital um lugar ideal para a prática da medicina especializada e tecnologicamente orientada.

Uma geração atrás, mais de metade de todos os médicos eram clínicos-gerais; agora, mais de 75 por cento são especialistas, limitando sua atenção a um grupo etário, doença ou parte do corpo

bem determinados. Segundo David Rogers⁶⁶, isso resultou na "evidente incapacidade da medicina norte-americana para lidar com os casos simples de atendimentos médico de nossa população". Por outro lado, há um "excedente" de cirurgiões nos Estados Unidos, que, de acordo com alguns críticos, é responsável por consideráveis abusos nos procedimentos cirúrgicos⁶⁷. Estas são algumas das razões por que tantas pessoas enfatizam a necessidade de assistência primária à saúde — a vasta gama de assistência geral tradicionalmente prestada por médicos em clínicas comunitárias —, considerando o problema central com que a medicina norte-americana se defronta.

Quanto à assistência primária, o problema não é só o reduzido número de clínicos-gerais, mas também a abordagem da assistência ao paciente, freqüentemente restringida pelo treinamento fortemente tendencioso nas escolas de medicina. A tarefa do clínico-geral requer, além do conhecimento científico e da habilidade técnica, bom senso, compaixão e paciência, o dom de dispensar conforto humano e devolver a confiança e a tranqüilidade ao paciente, sensibilidade no trato dos problemas emocionais do paciente e habilidades terapêuticas na condução dos aspectos psicológicos da enfermidade. Essas atitudes e habilidades não são geralmente enfatizadas nos atuais programas de treinamento médico, nos quais a identificação e o tratamento de uma doença específica se apresentam como a essência da assistência médica. Além disso, as escolas de medicina promovem vigorosamente um sistema de valores "machista", desequilibrado, desprezando qualidades como a intuição, a sensibilidade e a solicitude, em favor de uma abordagem racional, agressiva e competitiva. Eis o que disse Scott May, um estudante da Escola de Medicina da Universidade da Califórnia em San Francisco, em seu discurso de graduação: "A escola de medicina é como uma família em que a mãe foi embora e só ficou em casa um pai duro"⁶⁸. Por causa desse desequilíbrio, os médicos consideram amíuê uma discussão empática de questões pessoais inteiramente desnecessária; os pacientes, por sua vez, tendem a vê-los como indivíduos frios e hostis, queixando-se de que o médico não entende as preocupações que os afligem.

Nossos centros médicos universitários têm como finalidade não só o treinamento, mas a pesquisa. Tal como no caso do ensino da medicina, a orientação biológica também é substancialmente favorecida no patrocínio e na concessão de verbas para projetos de pesquisa. Embora as pesquisas epidemiológicas, sociais e ambientais sejam, freqüentemente, muito mais úteis e eficientes na melhoria da saúde humana do que a estrita abordagem biomédica⁶⁹, projetos dessa espécie são pouco incentivados e sofrivelmente financiados. A razão dessa resistência não é meramente o forte atrativo conceitual do modelo biomédico para a maioria dos pesquisadores, mas também

sua vigorosa promoção pelos vários grupos de interesses na indústria da saúde ⁷⁰.

Embora exista um descontentamento generalizado em relação à medicina e aos médicos, a maioria das pessoas não se apercebe de que uma das principais razões do atual estado de coisas é a exigua base conceitual da medicina. Pelo contrário, o modelo biomédico é geralmente aceito, estando seus princípios básicos tão enraizados em nossa cultura que ele se tornou até o modelo popular dominante de doença. A maioria dos pacientes não entende muito bem a complexidade de seu organismo, pois foram condicionados a acreditar que só o médico sabe o que os deixou doentes e que a intervenção tecnológica é a única coisa que os deixará bons de novo.

Essa atitude pública torna muito difícil para os médicos progressistas mudarem os modelos atuais de assistência à saúde. Conheço vários que tentam explicar aos pacientes seus sintomas, relacionando a enfermidade com seus hábitos de vida, mas que acabam por perceber que tal abordagem não satisfaz a nenhum dos seus pacientes. Eles querem alguma outra coisa, e, com frequência, não se contentam enquanto não saem do consultório médico com uma receita na mão. Muitos médicos fazem grandes esforços para mudar a atitude das pessoas a respeito da saúde, para que elas não insistam em que lhes seja receitado um antibiótico quando estão com um resfriado, mas o poder do sistema de crenças dos pacientes faz com que esses esforços sejam frequentemente baldados. Contou-me um clínico geral: "Apresentou-se a mim uma mãe trazendo uma criança com febre e disse: 'Doutor, dê-lhe uma injeção de penicilina'. Então eu lhe disse: 'A senhora não entende que a penicilina não pode ajudar nesse caso?' E ela respondeu: 'Que espécie de médico é o senhor? Se não quiser dar a injeção, procure outro médico'".

Hoje em dia, o modelo biomédico é muito mais do que um modelo. Na profissão médica, adquiriu o *status* de um dogma, e para o grande público está inextricavelmente vinculado ao sistema comum de crenças culturais. Para suplantá-lo será necessário nada menos que uma profunda revolução cultural. E tal revolução é imprescindível se quisermos melhorar, ou mesmo manter, nossa saúde. As deficiências de nosso sistema atual de assistência à saúde — em termos de custos, eficácia e satisfação das necessidades humanas — estão ficando cada vez mais notórias e são cada vez mais reconhecidas como decorrentes da natureza restritiva do modelo conceitual em que se baseia. A abordagem biomédica da saúde ainda será extremamente útil, tal como a estrutura cartesiana-newtoniana continua sendo útil em muitas áreas da ciência clássica, desde que suas limitações sejam reconhecidas. Os pesquisadores médicos preci-

sam entender que a análise reducionista do corpo-máquina não pode fornecer-lhes uma compreensão completa e profunda dos problemas humanos. A pesquisa biomédica terá que ser integrada num sistema mais amplo de assistência à saúde, em que as manifestações de todas as enfermidades humanas sejam vistas como resultantes da interação de corpo, mente e meio ambiente, e sejam estudadas e tratadas nessa perspectiva abrangente.

A adoção de um conceito holístico e ecológico de saúde, na teoria e na prática, exigirá não só uma mudança radical conceitual na ciência médica, mas também uma reeducação maciça do público. Muitas pessoas aderem obstinadamente ao modelo biomédico porque recebem ter seu estilo de vida examinado e ver-se confrontadas com seu comportamento doente. Em vez de enfrentarem tal situação embaraçosa e frequentemente penosa, insistem em delegar toda a responsabilidade por sua saúde ao médico e aos medicamentos. Além disso, como sociedade, somos propensos a usar o diagnóstico médico como cobertura para problemas sociais. Preferimos falar sobre a "hiperatividade", ou a "incapacidade de aprendizagem" de nossos filhos, em lugar de examinarmos a inadequação de nossas escolas; preferimos dizer que sofremos de "hipertensão" a mudar nosso mundo supercompetitivo dos negócios; aceitamos as taxas sempre crescentes de câncer em vez de investigarmos como a indústria química envenena nossos alimentos para aumentar seus lucros. Esses problemas de saúde extrapolam os limites das preocupações da profissão médica, mas são colocados em foco, inevitavelmente, assim que procuramos seriamente ir além da assistência médica atual. Ora, só será possível transcender o modelo biomédico se estivermos dispostos a mudar também outras coisas; isso estará ligado, em última instância, a uma completa transformação social e cultural.