

Mecanismos de jurisdição e veridicção na área da saúde

Georghio Alessandro Tomelin

Doutor em Direito do Estado pela USP
Professor do Curso de Mestrado em Direito Médico da UNISA

Resumo

O objeto deste artigo é discutir criticamente a produção de saberes na área médica, em comparação com os métodos utilizados no direito. Nosso objetivo é estudar os modos de produção de verdades (veridicção) e de seleção de normas e fatos para fins decisórios (jurisdição) na área da saúde. O método utilizado foi a pesquisa bibliográfica histórico-comparativa sobre os momentos de aplicação das regras científicas na realidade conjuntural da saúde. A conclusão alcançada foi a de que as regras de produção de ciência pura, em abstrato, não garantem que os aprimoramentos científicos atinjam em concreto a generalidade dos usuários em saúde. Somente o monitoramento constante de resultados irá mostrar o caminho para legitimar as práticas em saúde, que precisam ainda alcançar a maioria de usuários.

Palavras-chave: Medicina; Direito; Verdade; Ciência; Usuários; Saúde.

Abstract

The object of this article is to discuss critically the knowledge production in the medical field, in comparison with law methods. Our objective is to study the modes of production of truths (veridiction) and selection of norms and facts for decision-making purposes (jurisdiction) in health area. The method used was historical-comparative bibliographical research about the moments of application of scientific rules in the conjunctural reality of health. The conclusion reached was that the rules to produce pure science, in abstract, do not guarantee that scientific improvements concretely reach the generality of health users. Only the constant monitoring of results will show the way to legitimize health practices, which still need to reach the majority of users.

Keywords: Medicine; Right; Truth; Science; Users; Health.

Sumário

1. Introdução. 2. Das pesquisas efetivas até uma prática eficaz. 3. Os impactos da medicina sobre quando se vai morrer. 3. O exercício da autoridade na medicina e no direito. 4. Como legitimar as práticas médicas frente aos usuários? 5. Os tratamentos médicos são prisão ou libertação? 6. Governar a saúde coletiva é uma arte estocástica. 7. Paradoxos e contrariedades deste modelo. 8. Conclusões e novos pontos de partida.

1. Introdução

A medicina faz parte de um sistema histórico e não apenas científico. O espírito pré-científico sobrevive em muitas das práticas atuais. Os protocolos em saúde – aplicados por clínicos, cirurgiões e terapeutas em geral – são filhos da chamada ciência pura, mas não são clones nem irmãos siameses desta. Isto porque nem todos estes operadores da saúde são treinados para serem cientistas. Ao estudarmos os *mecanismos de decisão* (juridicção) e de *seleção de fatos relevantes* (veridicção) precisamos colocar em questão o próprio proceder dos profissionais em saúde. O nascimento da clínica vem sim conectado a um refinamento descritivo, mas isto não implica uma perfeita neutralidade no discurso médico sobre a vida cotidiana.

Os protocolos aplicados na prática diária da saúde se conectam hoje a diversas especializações, que se subdividem entre médicos, dentistas, biomédicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, engenheiros e tecnólogos da área da saúde, dentre outros. São muitos os profissionais da saúde que aplicam os ganhos da ciência; alguns deles se equiparam a bem formados cientistas, com capacidade para refletir criteriosamente sobre cada ato empreendido. A maioria, todavia, é apenas treinada para aplicar os protocolos de saúde sem grandes questionamentos.

O tema se complica ainda mais se avaliarmos a multiplicidade de fatores ligados ao impacto efetivo da ciência para a generalidade da população. As áreas da saúde estão imersas no sistema político, no qual o poder exerce difusamente sua disciplina. Necessário considerar ainda o inafastável impacto do direito e da economia no jogo da saúde.

Tais fatores relacionados à força devem assim ser considerados nas reflexões e projetos que pretendam retificar e melhorar o modelo de serviços da área da saúde. Só assim poderemos ampliar de modo efetivo o “*primum non nocere*” hipocrático: primeiro é imperioso não causar mal ao paciente. Mas a influência das forças extracientíficas é sim um fator importante, que pode colocar o “fazer mal” em posição de destaque.

Nessa perspectiva do poder, a medicina pode ser enquadrada como uma prática judiciária: um sistema de decisões e restrições que aplicam as regras em saúde de um modo nem sempre linear (interpretações diametralmente opostas podem ser validadas pelo mesmo sistema no mesmo tempo histórico). Os nosocômios operam por mecanismos, muito semelhantes aos tribunais judiciais. Isto porque a medicina é um sistema de inclusões e exclusões não necessariamente organizado apenas por categorias nosográficas. A nosografia é o compêndio de descrições e classificações das doenças.

Tanto na medicina quanto no direito não há fatos neutros: a facticidade ganha qualificação no momento da aplicação das regras e protocolos. Os fatos utilizados como antecedente lógico da produção dos regramentos (normogênese) não são necessariamente os mesmos selecionados no momento da aplicação.

É importante entender o sujeito produtor de decisões, seja no direito, seja na medicina. A prática da medicina cotidiana nunca decorreu da ciência entendida coetaneamente como a mais rigorosa, pois sua estrutura interna possui equilíbrio e coerência próprios (por vezes via mecanismos distintos da ciência médica pura). Assim também o direito analisa fatos e acontecimentos sem pretensão real de neutralidade. A imparcialidade do julgador é um mito. A análise dos fatos não é neutra. No momento da decisão, médicos e juristas aplicam cada um a sua interpretação pessoal.

2. Das pesquisas efetivas até uma prática eficaz

As pesquisas na área da saúde (promovidas por médicos pesquisadores e outros profissionais de áreas afins) vão mais fundo em termos de critérios de aferição das verdades de cada tempo histórico. Questionar os mecanismos de aferição visa refinar o estabelecimento de protocolos de saúde mais efetivos. Não se trata de negacionismo ou de questionamento da validade da ciência. Ninguém deseja a volta a um bucolismo paramédico ou antimédico, mas sim bem compreender as garantias concretas ofertadas pela ciência para a área da saúde.

Maior efetividade depende da mensuração de resultados, para evitar que os ganhos da ciência sofram desvios no momento da aplicação, justamente em desfavor da população mais carente. O impacto estatístico positivo das vacinas, por exemplo, na sanção das pandemias, pode ser medido. Há um jogo pesado de poderes e interesses que envolvem o tema, especialmente no concernente à utilização da ciência em benefício efetivo de todos. Aparte as teriagens de toda espécie, foram as vacinas que funcionaram, isso é inegável. Entretanto, da mesma forma em que é incontável a evolução da ciência médica, é também incontestável a influência do poder em todos os setores da saúde. Influência esta que nem sempre é positiva para parcela importante da população. São inúmeros os exemplos nos quais as relações de poder sobrepujaram as conquistas da ciência. E nesses exemplos são os que têm menos poder que sofrem as piores consequências.

Vale dizer: a ciência funciona, mas talvez pudesse ter funcionado mais, ou ter funcionado antes e melhor, de modo mais eficiente, e ainda para um número mais ampliado de usuários. A depender (i) da gestão das relações de poder que envolvem os esquemas de tratamento, (ii) da posição social de quem recebe apoio médico, e (iii) da apropriação do lucro na exploração da vida humana, por exemplo, pensamos que a ciência chega de modo diferente no mundo da vida cotidiana. As práticas em saúde se estruturam em termos de estamentos sociais.

3. Os impactos da medicina sobre quando se vai morrer

Em “O Nascimento da Clínica”, Foucault nos mostra como a medicina é uma *ciên-*

cia ocular, do olho que rege, do olhar calculador que isola traços e reconhece diferenças.¹ Tais profissionais são preparados para a promoção da saúde por meio de decisões solitárias (as juntas médicas são a exceção em número de atendimentos). No final da linha de produção dos serviços em saúde, a “verdade” médica original talvez pudesse ter sido muito mais do que aquilo que se ofereceu para cada paciente individualmente. Ao lado da percepção individual da medicina ofertada para cada um de nós, existe a medição estatística dos impactos globais da ciência (cujos recortes numéricos podem também flutuar em um ou outro sentido).

A medicina baseada em evidência está aí para provar como contextos e procedimentos na área médica flexionam no tempo e no espaço. A melhor solução concreta depende das contingências do acontecimento médico, e não apenas do rigor científico que lhe serve de base. A aporofobia na medicina – aversão aos pobres – só não é amplamente debatida e rechaçada pois os humildes são a grande região amostral de testes para novas tecnologias². Em todas as pandemias, os testes de vacinas e procedimentos pouco seguros começam em presídios e em moradores de rua, ao argumento de que eles estariam em maior situação de risco. Feitos os testes, o interesse em relação a eles desaparece das notícias.

As pandemias, ao longo da história, são momentos em que esse sistema de seleção e de exclusões de pacientes de renome se torna mais visível. Já dizia Foucault em 1963: “Contagiosa ou não, a epidemia tem uma espécie de individualidade histórica. Daí a necessidade de usarmos com ela um método complexo de observação. Fenômeno coletivo, ela exige um olhar múltiplo: processo único, é preciso descrevê-la no que tem de singular, acidental e imprevisto”.³

Isso porque a medicina não é constituída apenas de tudo que se pode dizer de verdadeiro sobre as doenças, mas é certo que “por muito tempo, a história da medicina foi uma cronologia de descobertas”⁴. Mas nem mesmo a história da ciência pode ser “a simples memória de seus erros passados ou de suas meias-verdades”⁵. Hoje sabemos que a compreensão prática da medicina (esta sim que poderia atingir a todos) está “entre”, no meio, pois o discurso descritivo sobre as moléstias vem muitas vezes recheado de prescrições que se alardeiam isentas de interesses extraclínicos ou extracientíficos. O discurso intersticial reflete melhor as dissimetrias: as inflexões e

¹ Ver Michel Foucault, em “O Nascimento da Clínica”, 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2018, p. 96–97.

² Cf. Moira Helena Maxwell Penna, Capítulo 40, “Aspectos éticos profissionais no âmbito da Enfermagem” da obra coletiva “Bioética, Direito e Medicina”, Barueri: Manole, 2022, p. 451: “A evolução crescente dos hospitais não melhorou suas condições de salubridade. Foi a época em que estiveram sob piores condições, devido principalmente à predominância de doenças infectocontagiosas e à falta de pessoas preparadas para cuidar dos doentes. Os ricos continuavam a ser tratados em suas próprias casas, enquanto os pobres, além de não terem esta alternativa, tornavam-se objeto de instrução e experiências que resultariam em um maior conhecimento sobre as doenças em benefício da classe abastada”.

³ Ver Michel Foucault, em “O Nascimento da Clínica”, 7ª edição, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2018, p. 26.

⁴ Cf. Michel Foucault, “Médicos, Juizes e Bruxos no Século XVII”, “Ditos e Escritos VII – Arte, Epistemologia, Filosofia e a História da Medicina”, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2016, p. 285.

⁵ Cf. Michel Foucault, no texto “Médicos, Juizes e Bruxos no Século XVII”, em “Ditos e Escritos VII – Arte, Epistemologia, Filosofia e a História da Medicina”, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2016, p. 285.

correlações de força que influenciam a implantação de novos protocolos em saúde.

4 O exercício da autoridade na medicina e no direito

A compreensão das ideias em uma dada área do conhecimento é mais intersticial do que linear. Nas áreas da saúde não é diferente. O que define o “deixar morrer” ou “fazer viver” é mais conectado às estruturas de poder do que a critérios científicos neutros. O normal e o patológico seguem parâmetros externos ao paciente, cujas funcionalidades são julgadas por medidas padronizadas, sendo certo que “não há, em tese e *a priori*, diferença ontológica entre uma forma viva perfeita e uma forma viva malograda.”⁶ O debate sobre ideologia científica envolve a discussão sobre a anti-ciência ou a falsa-ciência, e nele precisamos distinguir conteúdo e função⁷. O fato é que conceito de *homem-médio* (utilizado para parametrizar a normal compreensão criminal do “*bonus pater familias*”) existe tanto na medicina quanto no direito, pois a saúde trabalha como se existissem *protótipos de formas perfeitas*⁸.

Por isso Foucault alerta na conferência “As grandes funções da medicina em nossa sociedade” (1972) que é da prática da medicina também uma função judiciária: “A medicina define não somente o que é normal e o que não o é, mas, por fim, o que é lícito ou ilícito, criminal ou não criminal, o que é abuso ou prática maligna.”⁹ O pai de família diligente e o doente-médio (que discrepa do “normopata”) são parâmetros presentes no momento da aplicação das condutas gerais em saúde. Definir o que é normal ou não, quem atua com razão ou desrazão, quem infringiu ou não as regras sanitárias, estava ou não em situação de potencial contaminação, é função judicante que opera por mecanismo de jurisdição e veridicção.

Tais julgamentos em saúde funcionam pela seleção de sintomas e fatos relevantes, adrede escolhidos para obviar uma decisão em um ou outro sentido. Seja em saúde ou no sistema de aplicação de justiça, a subjetividade do intérprete pode pesar mais do que os critérios abstratos de aplicação de normas e imposição de condutas. Tal sistemática pode restringir e até obrigar. Segundo o Ministro Ricardo Lewandowski, em brilhante decisão judicial referendada à unanimidade pelo Plenário do STF:

⁶ Cf. Georges Canguilhem, *O normal e o patológico*, 7. ed. Rio de Janeiro: 2011, p. 4.

⁷ Nesse sentido, ver Georges Canguilhem, *Idéologie et Rationalité - Dans l'histoire des sciences de la vie - Nouvelles études d'histoire et de philosophie des sciences*, 2.ed., Paris : Vrin, 2009, p. 45.

⁸ Segundo Georges Canguilhem : «On a souvent noté l'ambigüité du terme normal qui désigne tantôt un fait capable de description par recensement statistique – moyenne des mesures opérées sur un caractère présenté par une espèce et pluralité des individus présentant ce caractère selon la moyenne ou avec quelques écarts jugés indifférents – et tantôt un idéal, principe positif d'appréciation, au sens de prototype ou de forme parfaite». Em *La connaissance de la vie*, 2. ed., Paris: Vrin, 1992, p. 200. Tradução livre: “Muitas vezes notamos a ambigüidade do termo normal, que ora designa um fato capaz de descrição por meio de recenseamento estatístico – média das medidas operadas em um caráter apresentado para uma espécie e uma pluralidade de indivíduos que apresentam esse caráter de acordo com a média ou com alguns desvios considerados indiferentes – ora um ideal, princípio positivo de apreciação, no sentido de protótipo ou de forma perfeita”.

⁹ Cf. Michel Foucault, “As grandes funções da medicina em nossa sociedade”, em “Ditos e Escritos VII – Arte, Epistemologia, Filosofia e a História da Medicina”, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2016, p. 306.

“VI - Há fundamentos constitucionais relevantes para sustentar a compulsoriedade da vacinação, por tratar-se de uma ação governamental que pode contribuir significativamente para a imunidade coletiva ou, até mesmo, acelerá-la, de maneira a salvar vidas, impedir a progressão da doença e proteger, em especial, os mais vulneráveis.” (ADPF 754 TPI, Pleno, j. 21/03/2022, p. 26/05/2022).

O direito individual sobre o próprio corpo cede diante de um valor coletivo maior que se levanta. A liberdade do cidadão perde força ante a autoridade da administração em favor de todos. Medicina e direito coadunam critérios de aplicação, obrigando a condutas individuais a partir de uma sintomatologia coletiva. A medicina social nasce assim com a clínica moderna, para o benefício de toda a coletividade. Mas o refinamento descritivo dos sintomas, aprimorado com o nascimento da clínica moderna¹⁰, não implica automática neutralidade dos discursos em saúde.

Não é porque foi descrito com precisão vocabular, que tais relatos e recortes sejam isentos de influências não nosográficas. Se o sistema de valoração da prova médica for alterado, ou modificada a luz que se coloca em um dado sintoma, teremos outro esquema de tratamento. Se *a saúde é a vida no silêncio dos órgãos* (René Leriche, 1879-1955), o refinamento dos métodos de ausculta de sintomas pode alocar ruídos em diferentes posições corporais, a depender da acuidade do método. Justo por isso, também quando se troca de profissional da saúde, a forma de gestão da “doença” modifica-se várias vezes. Assim é que a regulação social da saúde pública – que a medicina, a igreja, os tribunais e tantos outros aparelhos da sociedade punitiva fizeram com suas casas de internação (que foram de locais de penitência a penitenciárias) – sofre inflexões de percurso não apenas em razão dos ganhos da ciência. Muitas vezes são os impactos do poder na ciência que qualificam uma ou outra solução.

Basta notar que até hoje as categorias do internamento não coincidem integralmente com categorias nosográficas exatas.¹¹ Ou seja, protocolos de tratamento, mensurados como esquemas de ataque a determinadas moléstias, geram diferentes sistemáticas de internação, a depender do sujeito-alvo qualificado como paciente. Em 17 de novembro de 2022, participamos de Painel sobre “Saúde Mental e Desafios”, por ocasião do I FONA-JUS (Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde – CNJ), juntamente com o ilustre médico Arthur Guerra de Andrade – Professor Associado do Departamento de Psiquiatria da FMUSP. Referido psiquiatra foi claríssimo ao apontar as desconexões entre teoria e prática nas internações, e os esforços pessoais que empreendeu para que os critérios científicos chegassem a todos (respeitando sempre os excelentes profissionais que atuam na linha de frente com os problemas concretos ligados à doença mental).

¹⁰ Segundo a médica Rosele Maria Branco: “a linguagem médica sofreria nova inflexão, as palavras tiveram que adquirir mais refinamento descritivo para traduzir inteiramente a percepção científica das lesões patológicas. A importância da cor, da consistência, do tamanho, das comparações, das referências etc. tudo o que pudesse apreender a singularidade dos casos deveria ser detalhado. Um trabalho da linguagem que fazia ver, fazia descobrir as percepções individualizadas da doença.” Em *Michel Foucault e a Medicina: sobre o nascimento da clínica moderna*, São Paulo: Intermeios Casa de Arte e Livros, p. 92.

¹¹ Nesse sentido, ver Roberto Machado, em “Ciência e Saber: A trajetória da Arqueologia de Foucault”, Rio de Janeiro: Edições Graal, 1981, p. 74.

A mesma sistemática seletiva usada no sistema de decisões médicas é aplicada no direito para a internação de culpados. Em artigo publicado no Brasil na Revista *Manchete*, sob o nome “O mundo é um grande hospício”, Foucault afirma que “a terapia médica é uma forma de repressão”¹². A mesma ciência que liberta é a que oprime. Não se trata, portanto, de exortar os negacionismos, mas sim de conectar critérios científicos ao cotidiano, respeitando a realidade contextual. Sem o exercício da autoridade, muitas práticas médico-jurídicas limitadoras das liberdades seriam impossíveis. Calibrar o exercício desta autoridade é essencial para que se evitem abusos em nome de certos discursos científicos meramente conjunturais. A melhor ciência precisa chegar mais perto de todos; sem as boas práticas, as instituições poderiam acabar deslegitimadas.

5 Como legitimar as práticas médicas frente aos usuários?

A aceitação das práticas médicas pode ser feita com ou sem a compreensão dos usuários do sistema. Todos os debates sobre *letramento em saúde*¹³ vêm mostrando que o reconhecimento dos pacientes sobre o seu *lugar de fala*¹⁴ melhora positivamente os resultados. Há momentos, é claro, que medidas de força ou restritivas de direitos acabam sendo aplicadas. Não é possível admitir que pessoas contaminadas espalhem deliberadamente moléstias contagiosas, o que é até crime em vários países (arts. 131, 259, 267 e 268 do Código Penal Brasileiro).

Na via positiva, a medicina se legitimaria, em termos de impacto social, na medida em que seus protocolos se aplicassem de forma semelhante, pelo menos à maioria da população. Sua aceitação midiática cresce na medida em que o poder médico atende mais e melhor à sobrevida de uma determinada classe especial, por ser esse o estamento social com força para estabelecer “verdades” médicas. E podemos dizer que as práticas em saúde se solidificam economicamente quando suas estratégias de atuação estão apoiadas em fatores de otimização de produção e lucro. Claro que estas três formas de aceitação (social, midiática e econômica) estão interligadas, até porque isso é essencial para repartição de custos.

Se não houver intervenção e regulação pelo poder público, as áreas da saúde sofrerão maior influência das forças econômicas (empurrando os maiores custos para o sistema público de saúde). É preciso regular o que podem e o que não podem os prestadores privados. Daí a importância de um sistema público de acesso universal. No

¹² Cf. Michel Foucault, no texto “O mundo é um grande hospício”, em “Ditos e Escritos VII: Arte, Epistemologia, Filosofia e a História da Medicina”, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2016, p. 308.

¹³ Segundo Ronaldo Souza Piber, no artigo “A Importância do Letramento em Saúde para o Direito Médico e da Saúde”, na obra coletiva *Direito Médico e da Saúde*, organizada por Maria da Glória Virginio Barbosa e Regina Claudia Virginio Barbosa, João Pessoa: Ideia, 2022, p. 138: “Cabe aos profissionais da saúde, interpretar e comunicar conteúdos, utilizando meios gráficos e linguagem acessível para que os pacientes entendam as informações transmitidas e as utilizem para tomar sua decisão”.

¹⁴ Aplicamos aqui a expressão “lugar de fala” no sentido do excelente estudo de Djamila Ribeiro, para que tal locução não seja utilizada como meio de excluir, de quem quer que seja, o direito de apresentar suas condições, restrições e visões sobre um determinado assunto (ainda que não seja por ele atingido diretamente). Nesse sentido, os pacientes precisam ter respeitada sua visão pessoal sobre a doença que enfrentam, ainda que não sejam especialistas no tema. Cf. O que é: lugar de fala? Belo Horizonte: Letramento: Justificando, 2017.

Brasil, sem o SUS, não teríamos como manter a conciliação entre os vários sistemas complementares de atuação em saúde. A questão da seletividade na medicina fica mais aparente nas situações de crise, pois é nas epidemias que o impacto coletivo sobre o corpo social fica mais aparente.¹⁵

6 Os tratamentos médicos são prisão ou libertação?

A medicina prende e sequestra, pois ela “participa intrinsecamente da biopolítica”¹⁶. Não sem razão há precedentes de *habeas corpus* impetrados em face da administração hospitalar e seu sistema próprio de altas e internações “compulsórias”. No célebre caso Bonham de 1610 (“Thomas Bonham v. College of Physicians”), o magistrado Lorde Coke julgou a autonomia do dr. Bonham para exercer a medicina em Londres, contra uma ordem de prisão e multa expedidas pelo Colégio Real de Médicos. O poder de confinar dentro dos nosocômios e o poder de dizer quem pode confinar sempre estiveram em disputa.

A Teoria Geral do Estado mostra como temos caminhado de uma *teocracia* para uma *somatocracia*, e que a medicina avançou nesta parcela importante de poder buscando espaço. No momento teocrático, o poder real legitimava-se pela nomeação divina e se sustentava com apoio na religião de estado (“Cuius regio, eius religio”). Com a *somatocracia*¹⁷, o poder sobre os corpos se organiza de modo difuso, sem a necessidade de intervenção aberta do Rei.

O fracionamento do poder sobre os corpos ampliou-se com a revolução industrial. A atomização dos poderes retirou do rei o controle direto sobre os corpos. Os corpos originalmente eram controlados individualmente pelos soberanos, com o poder de *fazer morrer*. Hoje a biopolítica nos mostra como o mesmo efeito de poder é obtido com a gestão dos mecanismos para *deixar viver*¹⁸. O governar pode se tornar destrutivo, e medicina e direito têm um papel relevante, validando atos de poder.

¹⁵ Afirmam Jean Lombard e Bernard Vandewalle, na recente obra «Philosophie de l'épidémie: Le temps de l'émergence», Paris: L'Harmattan, 2020: «La question des épidémies suppose en effet que la médecine passe d'une clinique de l'individu à une biopolitique des populations» (p. 121). E mais adiante: «La situation épidémique constitue ici encore un révélateur de la mutation des procédures du pouvoir quand il s'agit de passer d'une discipline des corps individuels à une biopolitique de la population» (p. 127). Tradução livre: “De fato, a questão das epidemias pressupõe que a medicina passa de uma clínica do indivíduo a uma biopolítica das populações” (p. 121). “Da mesma forma, a situação epidêmica constitui um revelador da mutação dos procedimentos do poder quando se trata de passar de uma disciplina dos corpos individuais a uma biopolítica da população” (p. 127).

¹⁶ Cf. Rosele Maria Branco, *Michel Foucault e a Medicina: sobre o nascimento da clínica moderna*, São Paulo: Intermeios Casa de Arte e Livros, p. 136.

¹⁷ Na *História da Sexualidade 3 – O cuidado de si* – Foucault nos lembra a plurivocidade da palavra “soma”, que pode representar ao mesmo tempo corpo, riqueza e adição (6. ed., São Paulo: Paz & Terra, 2019, p. 34).

¹⁸ A ideia de que *morrer e viver* se convolam é antiga. Sócrates repete a frase original atribuída a Heráclito, algumas vezes ridicularizada por Aristófanes: “e se viver for morrer e morrer for viver?”. Vejamos o trecho específico no Górgias: “No me extrañaría que Eurípides dijera la verdad en estos versos: ¿quién sabe si vivir es morir y morir es vivir?, y que quizá en realidad nosotros estemos muertos. En efecto, he oído decir a un sabio que nosotros ahora estamos muertos, que nuestro cuerpo es un sepulcro y que la parte del alma en la que se encuentran las pasiones es de tal naturaleza que se deja seducir y cambia súbitamente de un lado a otro” (Górgias, 492e–493a).

7 Governar a saúde coletiva é uma arte estocástica

A gestão da saúde depende de uma série de fatores estatísticos. O probabilístico é o que organiza a prestação dos serviços médicos em larga escala. Entre o estocástico e o determinístico (em termos estatísticos) há uma diferença de conteúdo e de resultados. Fato é que na aplicação da ciência ao mundo da realidade há sim um vasto cenário de possibilidades e intercorrências. Assim é governar, dirigir, julgar, clinicar etc. Diz Michel Foucault:

“Governar é justamente uma arte estocástica, uma arte de conjectura, como a medicina, como também a pilotagem: conduzir um navio, cuidar de um doente, governar os homens, governar a si mesmo pertencem à mesma tipologia de atividade que é ao mesmo tempo racional e incerta.”¹⁹

Em que momento o *Estado a serviço dos indivíduos em boa saúde* (no caso, a nobreza) foi substituído pelo conceito de *indivíduo em boa saúde a serviço do Estado*? A medicina social surge quando existe o risco real de a doença contagiosa dos pobres atingir os nobres. Com o surgimento dos direitos trabalhistas, na sociedade industrial, é que se estabelece a necessidade de interromper o trabalho até a cura como um direito do indivíduo. Antes disso não havia interrupção de trabalho, pois o trabalhador poderia ser substituído. Práticas escravocratas persistem até os dias atuais. O direito à interrupção do contrato de trabalho surge quando passa a ser mais caro treinar outra pessoa para operar a máquina do que substituir o operador. Surge a partir daí o direito de ficar doente e de utilizar parte do tempo para o repouso que a cura exige.

No texto “Crise da Medicina ou Crise da Antimedicina” de 1976, Michel Foucault nos mostra como “a intervenção autoritária da medicina em um domínio cada vez mais amplo da existência individual ou coletiva é um fato absolutamente característico. Hoje, a medicina é dotada de um poder autoritário relativo às funções normalizadoras que vão muito além da existência dos doentes e das demandas dos doentes”.²⁰ O Plano Beveridge de 1942 (“Report on *Social Insurance and Allied Services*”) nada mais foi do que uma forma de inserir no valor do trabalho os custos coletivos de cuidar, tratar e medicar. Temos uma norma de direito-custo, pois este dinheiro será produzido por quem gera o risco de paralisar a produção por questão de saúde. Uma taxa específica sobre a renda de todos os trabalhadores será criada para fins de financiar a recuperação da saúde de quem precisar ser afastado.

Discursos políticos e judiciais passarão então a defender este modelo como prioritário e essencial (claro que no início houve resistências e enfrentamento à pressão dos trabalhadores). Com a vitória trabalhista na Inglaterra em 1945 e da CGT na França em 1947, estes valores são então incorporados. Percebe-se aí como o *governar* é uma arte estocástica e não meramente estatística. A pressão reorienta os governos: os trabalhadores aceitam a exploração da sua mão de obra, desde que a *vida* seja pro-

¹⁹ Cf. Michel Foucault, em “A hermenêutica do sujeito”, São Paulo: Martins Fontes, 2004, p. 489.

²⁰ Cf. Michel Foucault, no texto “Crise da Medicina ou Crise da Antimedicina?”, em “Ditos e Escritos VII: Arte, Epistemologia, Filosofia e a História da Medicina”, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2016, pp. 374 e ss.

tegida em níveis basais. Os donos do poder aceitam a reorientação de rumo dos modos e meios para operar o sistema de saúde, mas forçam a repartição de custos via o estabelecimento de tributação específica para os setores de saúde e previdência.

8 Paradoxos e contrariedades deste modelo

O modelo parece simétrico em termos de rendimento, pois o lucro e a triagem do mercado deveriam garantir que a saúde chegasse a todos — com o arremate residual do sistema público de saúde para situações em que a cobertura privada não alcance. Mas o paradoxo econômico na área da saúde é justamente que o crescimento do consumo médico pelas classes mais abastadas não elimina desigualdades intra e inter-regionais, nem garante que os índices globais tenham o mesmo impacto nas regiões mais pobres²¹. O tema foi, em 1975, objeto do livro-denúncia de Ivan Illich, “A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina”²². Diz Ivan Illich: assim como a melhoria da qualidade dos automóveis não se traduz em melhoria do trânsito, as invenções em saúde melhoram a qualidade de vida de uma classe superior de usuários, mas não de toda a população.²³ No Brasil, por exemplo, a população de baixa renda segue com a qualidade geral de saúde, transporte e educação²⁴ em condições ainda não-ideais (reconhecendo-se, por outro lado, que o Sistema Único de Saúde foi transformado em modelo de sucesso e exemplo para o mundo a partir dos anos 2000, mas que pode ainda ser melhorado).

Sabemos por exemplo que o tempo de educação diminui a taxa de mortalidade mais do que o aumento do consumo de serviços médicos. Daí nosso sistema constitucional tratar educação e saúde como subsistemas simétricos, *obrigação de todos e do Estado* (art. 196 e 205 da CF), e que os particulares podem explorar em regime privado, desde que atendam às condicionantes e autorizações exigidas em lei. Nosso sistema legal não exclui, portanto, a complementaridade do sistema privado de saúde, em adição ao sistema estatal. Estamos assim na busca de um meio-termo, para que a medicina privada produza efetivas melhorias, lucrando o essencial para seguir pesquisando e não para extrair toda a força vital dos pacientes.

²¹ Segundo o *Boletim Epidemiológico* n. 37, vol. 52, out. 2021, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil: “Apesar da redução da taxa de mortalidade em todas as Regiões do País, as desigualdades intra e inter-regionais ainda subsistem. Em 2010, o Brasil registrou uma Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) de 16,0 por mil nascidos vivos (NV); nas Regiões Norte e Nordeste eram, respectivamente, 21,0 e 19,1 por mil NV. Um estudo realizado em uma região do Nordeste mostrou que, embora tenha ocorrido uma redução da TMI em todos os estratos populacionais do município, a desigualdade no risco de morte infantil aumentou nos bairros com piores condições de vida em relação àqueles de melhores condições [cf. Carvalho RAS, Santos VS, Melo CM, Gurgel RQ, Oliveira CCC. Desigualdades em saúde: condições de vida e mortalidade infantil em região do Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2015;49:5].”

²² Ivan Illich, *A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina*, 3. ed., São Paulo: Nova Fronteira, 1975.

²³ Diz Ivan Illich: “o homem é explorado por um transporte cronófago que também anula o valor de uso da mobilidade que lhe dão os pés; o homem é explorado por uma medicina iatrogênica que também paralisa seu poder de reação” (op. cit., p. 88).

²⁴ De acordo com Ivan Illich no livro *Sociedade sem Escolas*, 9.ed., trad. Lucia Mathilde Endlich Orth, São Paulo: Editora Vozes, 2018, p. 24: “ao invés de igualar as oportunidades, o sistema escolar monopolizou sua distribuição”.

Quais seriam os degraus automáticos para um sistema público-privado intercomplementar? Será que o nível sociocultural de vida eleva automaticamente o bem-estar coletivo? Para um bem-estar coletivo que só existirá com produtos industrializados? Fármacos privados cuja produção e fornecimento somente o mercado privado poderia garantir? Uma produção de medicamentos que depende do binômio escassez-desigualdade? Com valor dos produtos dependente do valor-vida? Estes questionamentos em série visam trazer à reflexão o fato de que o sistema privado de saúde não pode extrair sua ofelividade (vantagem econômica) do valor-vida, pois ao se admitir a destruição de vidas para assegurar os preços altos se estaria admitindo competitividade apoiada não nos custos e na margem de lucro, mas no que vale a vida para cada classe de pacientes.

Temos um sistema econômico da saúde essencialmente desigualitário que torna necessária sua constante vigilância. Concordamos com a médica Rosele Maria Branco quando afirma que os médicos são formados em uma visão essencialmente racionalista. E de que um discurso médico pautado apenas no positivismo científico pode ser insuficiente na relação com os pacientes. Uma visão apoiada em neutralidade das ciências cria distâncias e dificulta a identificação das estratégias de poder que penetram nas relações na área da saúde.²⁵ Colocar em debate a manipulação de profissionais do direito e da saúde na produção de verdades e julgamentos dirigidos torna-se imperioso como meio de colocar a ciência a serviço da maioria, que não pode ser minorizada por práticas destrutivas.

9 Conclusões e novos pontos de partida

A prática da medicina está hoje repartida em várias especialidades e ciências afins. A noção de paciente se conforma pela produção de um sujeito saudável em padrões médios, o que expõe relações que ultrapassam os limites da medicina. A produção científica em saúde precisa garantir ao mesmo tempo o lugar de fala dos pacientes, médicos e profissionais de áreas afins.

A produção de verdades científicas em saúde sofre impactos e influência das relações de poder para além das descrições nosográficas. A aplicação de protocolos médicos definidos por cientistas e outros pesquisadores pode também sofrer inflexões conjunturais. Um olhar atento para o modo de aplicação das regras em saúde irá refletir melhores resultados, para que as práticas mais atuais operem em favor de todos.

A evolução científica e o regime de descobertas não garantem que a medicina mais atual chegue a todos os que dela precisam. As decisões em saúde muito se assemelham ao sistema de julgamentos no direito. O recorte dos fatos relevantes para apoiar uma decisão correta depende de mecanismos de veridicção que não são integralmente livres e isentos. Assim também os modos de jurisdição, em direito e

²⁵ Cf. Rosele Maria Branco, **Michel Foucault e a Medicina**: sobre o nascimento da clínica moderna. São Paulo: Intermédios, p. 136.

saúde, podem sofrer inflexões pautadas em relações de poder. Somente um olhar voltado para dentro, para os mecanismos internos da produção científica, pode auxiliar o aprimoramento das práticas em saúde para o futuro. Somente uma releitura crítica do que vai sendo produzido e o modo como vai sendo aplicado é que poderá garantir que a técnica mais atual, produzida por todos, a todos atinja.

Referências

- BRANCO, R. M. **Michel Foucault e a Medicina: sobre o nascimento da clínica moderna**. São Paulo: Intermeios, 2021.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 7. ed. Rio de Janeiro: 2011.
- CANGUILHEM, G. **Idéologie et Rationalité: Dans l'histoire des sciences de la vie: Nouvelles études d'histoire et de philosophie des sciences**. 2. ed. Paris: Vrin, 2009.
- CANGUILHEM, G. **La connaissance de la vie**. 2. ed. Paris: Vrin, 1992.
- FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- FOUCAULT, M. **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- FOUCAULT, M. **Naissance de la Biopolitique**. Gallimard : Seuil, 2004.
- FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2018.
- FOUCAULT, M. **Ditos e Escritos VII: Arte, Epistemologia, Filosofia e a História da Medicina**. Rio de Janeiro: Forense, 2016.
- FOUCAULT, M. **História da Sexualidade: O cuidado de si**. 6. ed., São Paulo: Paz & Terra, 2019.
- ILLICH, I. **A expropriação da saúde: Nemesis da medicina**. 3. ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.
- LOMBARD, J.; VANDEWALLE, B. **Philosophie de l'épidémie: Le temps de l'émergence**. Paris: L'Harmattan, 2020.
- MACHADO, R. **Ciência e Saber: A trajetória da Arqueologia de Foucault**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1981.
- PENNA, M. H. M. Aspectos éticos profissionais no âmbito da Enfermagem. In COHEN, C. OLIVEIRA, R. A. (ed.). **Bioética, Direito e Medicina**. Barueri: Manole, 2020.
- PIBER, R. S. A Importância do Letramento em Saúde para o Direito Médico e da Saúde. In BARBOSA, M. G. V.; BARBOSA, R. C. V. (org.). **Direito Médico e da Saúde**. João Pessoa: Ideia, 2022.
- RIBEIRO, D. **O que é lugar de fala?**. Belo Horizonte: Letramento: Justificando, 2017.