

Uma visão ampliada da medicina e do cuidado integral à saúde

Ademar Arthur Chioro dos Reis

A determinação do processo saúde-doença

Mesmo para quem lida com o tema como profissional ou estudioso da área de saúde não é fácil definir o que é saúde e doença. A mesma dificuldade se observa no tocante a explicação da causalidade das enfermidades. Os modelos teóricos utilizados para explicar o processo saúde-doença e seus determinantes resultam em práticas de intervenção e de controle que a sociedade adota frente ao processo mórbido. Os conceitos e representações de saúde e doença e as várias teorias formuladas para explicar a sua determinação ganham diferentes contornos ao longo da história, pois a medida que muda o modelo explicativo, altera-se também o sujeito responsável pelo ato de cuidar e o conjunto de práticas de intervenção sobre a doença.

Para Hegenberg, *“testemunha e vítima do sofrimento, o ser humano deve, desde logo, ter se debruçado sobre os doentes, com o desejo de curá-los”*¹. As civilizações primitivas, há cerca de 10 mil anos, formadas por grupos humanos nômades de coletores/caçadores, já se interrogavam sobre a origem das doenças, atribuindo à influência sobrenatural dos elementos da natureza a responsabilidade pelo sofrimento e morte advindos das enfermidades. Aos pajés, xamãs, feiticeiros ou sacerdotes cabia a responsabilidade de operar os sistemas ritualísticos, invocar ou controlar a força sobrenatural e utilizar-se de produtos naturais para operar a cura das doenças (ou uma colheita farta, muitos filhos, mais chuva ou qualquer outro evento considerado natural). É o que os estudiosos chamam de teoria mágica ou mítica².

Com o surgimento dos primeiros aglomerados humanos, há 6 mil anos, a partir do desenvolvimento da agricultura, a doença para a ser explicada como um ato de desobediência às condutas prescritas pelos deuses. Esse modelo religioso concebe a doença como pecado, atribuindo a responsabilidade pelo sofrimento ao indivíduo ou à coletividade. Sendo assim, a terapia consistia em rituais conduzidos pelos sacerdotes, que possuíam o monopólio da mediação entre os deuses e os homens.

Uma das mais antigas teorias, formulada a partir dos preceitos que deram origem à medicina tradicional chinesa, baseava-se na ideia de que as doenças eram resultantes da ausência ou supressão de algum princípio vital. Esta concepção, fortemente influenciada pelo taoísmo e pelo budismo, resultou não apenas nos sistemas terapêuticos fundamentados na medicina oriental como, recodificada com as bases ocidentais, no século 18, deu margem a fundamentação filosófica da Homeopatia, fundada por Samuel Hahneman.

Na Grécia Antiga as primeiras formas de tratamento e de terapêutica são de ordem religiosa. Nos templos de Asclépio, os doentes eram recebidos, examinados e tratados segundo ritos dos quais a serpente e o galo permaneceram participantes simbólicos. O desenvolvimento do pensamento filosófico e as primeiras investigações científicas fazem com que a doença passe a ser compreendida como um fenômeno natural, introduzindo a ideia de desarmonia dos fatores, desequilibrados entre si. A doença passaria a existir quando houvesse predominância

de um elemento: úmido-seco, quente-frio, amargo-doce. As proporções entre os humores do corpo humano (sangue, phlegma, bile amarela e bile preta) determinariam atributos dos seres humanos a que se associariam os males e as ações dos medicamentos. A saúde passa a ser compreendida como o estado de equilíbrio dos elementos e a doença como seu desequilíbrio. A saúde era a isonomia ou igualdade, dizia Alameão, no século 4 aC, o primeiro a intuir que o cérebro é o órgão do pensamento. Hipócrates aprofundou e tornou mais complexa essa análise, sem dogmas e sem limites, procurando conhecer a fundo o modo particular como cada um reage às agressões e ao conceber a investigação da origem da doença (fundando a clínica) como forma de orientar a terapêutica adequada.

As obras de Galeano (129-210 dC), fundamentadas nos conceitos da medicina hipocrática, foram estudadas como textos sacros, por vezes escondida do Santo Ofício³, até o renascimento, já que a teoria humoral (ou o modelo natural) se manteve vigente até o século 18. Nela estavam contidas todo saber médico e a explicação para todos os problemas de saúde. Durante o período medieval, entretanto, quando os domínios da Igreja Católica se tornaram uma ameaça ao progresso da ciência e obscureceram práticas que se apoiavam em explicações naturais, sob a égide de Santo Tomas de Aquino e Santo Agostinho, a origem da doença passa a ser explicada pela presença estranha e nociva de corpúsculos de uma *matéria peccans*, matéria impura, demônios ou animais perversos⁴. A doença foi frequentemente entendida, nesse longo período da história da humanidade como sinal diabólico ou como punição divina frente aos pecados humanos, em geral associada à sexualidade. O modelo religioso volta a predominar, concebendo a doença como pecado e responsabilidade individual ou coletivo pelo sofrimento. Muda, entretanto, o sujeito que possui a responsabilidade pelo ato de intervir sobre a doença. Passa a ser o sacerdote católico, que possuía o monopólio da mediação entre o Deus (os dos cristãos) e o enfermo. Não é por menos, como indica Foucault, que os primeiros hospitais a se constituir são exatamente as Santas Casas, em um período que a figura do médico é banida e substituída pelo padre (apoiado pela religiosa), afinal o que estava doente era a alma.

Até meados do século 19 o hospital não existia para curar, mas para isolar os enfermos e diminuir o risco de contágio, já que as doenças que dizimavam as populações eram predominantemente pestilenciais.^{5,6} O hospital era essencialmente uma instituição de assistência a pobres e inválidos. Segundo MERHY (1991, p.33.): *"Aqui o sentido de perigo tem duplo aspecto: por um lado ele é entendido a partir da concepção de que o pobre, que é um "indolente", possa contaminar os que trabalham, e por outro lado a partir da constatação de que são os pobres os principais portadores das moléstias que levam à doença e à morte em idades precoces. Ali eram abandonados os portadores de doenças, pois existia a possibilidade de contágio. O hospital possuía a função tanto de recolher o pobre, como de proteger o restante da população - leia-se: abastada - do perigo. Era lugar de alguém que necessitava de ajuda material e espiritual, afinal estava morrendo. Eram os religiosos que dirigiam os hospitais, e realizavam a transição entre a vida e a morte"*⁷.

Subjugado aos ditames da Igreja, só a partir do século 17, ainda que de forma muito lenta, é que o conhecimento sobre a saúde e a doença voltou a progredir no mundo ocidental, com Morgagni (anatomia-patológica) e, já no século 19, com Claude Bernard (fisiopatologia)⁸. Como analisa Cecílio (2012), o século 19 assistiu à consolidação da medicina moderna, com as características que sobrevivem até os nossos dias. A principal e mais profunda refere-se à verdadeira ruptura que o pensamento médico faz em relação aos postulados vigentes nos séculos anteriores. Como diz o filósofo francês Michel Foucault (2004), uma ruptura e não uma evolução do pensamento médico⁹. Com a medicina moderna, a doença passa a ser enunciada, localizada, na materialidade dos corpos, mais exatamente ao nível dos órgãos e

tecidos. A doença adquire uma nova visibilidade para os médicos. Tal mudança de paradigma, uma verdadeira revolução no pensamento médico ocidental, já vinha sendo gestada desde a Renascença, quando os homens começaram a dissecar cadáveres para estudos mais completos de anatomia, contornando as interdições religiosas da época. Mas é nos séculos XVIII e XIX, com as grandes descobertas, como a descrição da circulação sanguínea por Harvey, a descoberta do microscópio, o triunfo da teoria microbiana das doenças, os avanços nas técnicas de assepsia e anestesia propiciando uma verdadeira revolução na cirurgia, a descoberta de novos e mais poderosos fármacos, bem como das vacinas, mas, fundamentalmente a formulação da teoria celular e dos tecidos e o incrível avanço nos fundamentos da fisiopatologia e da farmacologia, que a medicina tal qual a conhecemos hoje triunfa.¹⁰

Com a industrialização e urbanização acelerada e o adensamento de pessoas em bairros operários e fábricas sem nenhuma condição de saneamento, submetidas a forte desgaste pela carga excessiva de trabalho e alimentação inadequada, observa-se grande deterioração das condições de saúde. A situação sanitária, resultante do processo conturbado em que se dava a urbanização e que em última instância traduzia a miséria social que proliferava nas cidades emergentes, era caracterizada por péssimas condições de higiene, promiscuidade, grandes epidemias, acidentes de trabalho, desnutrição, enfim, de uma massa de trabalhadores muito pobre. Pobreza esta, componente e retrato de uma população imensa e mendiga, com condições propícias para criar a doença, a delinquência, o banditismo, a violência e a prostituição¹¹.

Em virtude do quadro sanitário e epidemiológico vigente, passou a predominar a teoria dos miasmas, crença compartilhada por grande parte do saber médico-científico dos séculos 18 e 19, que acreditava que as febres epidêmicas e grande parte das doenças tinha origem na matéria vegetal e animal em putrefação e nas emanações das águas estagnadas. Parte dos médicos aderiam à teoria do contágio, muito embora, é importante ressaltar, o significado do mundo dos seres microscópicos só tenha sido desvendado a partir das descobertas de Pasteur e Koch, em 1870, até então prevalecendo a teoria da geração espontânea.¹²

Neste cenário, as classes dirigentes europeias, influenciadas pelos ideais mercantilistas e preocupadas em aumentar o poder nacional, tiveram que eleger o trabalho como elemento essencial de geração de riqueza, tornando necessária a formulação de políticas de saúde que enfrentassem as grandes epidemias, a doença e a morte, evitando perdas de produtividade e assegurando o crescimento populacional e o fornecimento da força de trabalho; questões centrais para o desenvolvimento do capitalismo.¹³

Na França, por exemplo, no período que compreende fins do século 18 e a primeira metade do 19, o "movimento higienista" traduziu, de certa forma, a resposta social ao perigo representado pela miséria reinante. As medidas realizadas foram, primeiro, no sentido da efetuação de vigilância intensa da natalidade (estímulo ao crescimento), sobre a mortalidade, aos projetos de reclusão, prevenção, assistência aos pobres e higienização das cidades, principalmente dos cemitérios e matadouros¹⁴. Secundariamente, no controle da circulação. Não dos indivíduos, mas das coisas. Essencialmente da água e do ar, já que a teoria miasmática ainda era hegemônica, ocorrendo intervenções na higienização das cidades, principalmente em Paris. Construíram-se corredores de ar, avenidas, etc. Mesmo limitada cientificamente, a prática sanitária demonstrou grande permeabilidade e aplicação nos programas de prevenção, de medidas de engenharia sanitária e saneamento do meio ambiente¹⁵. A Medicina Social, como desenvolvida na França no século XVIII, ou a Saúde Pública, desenvolvida na Inglaterra do século XIX, foram movimentos que se pautaram pela

compreensão de que as condições de vida, os cuidados com o saneamento e a ocupação dos espaços urbanos, ou seja, as medidas mais gerais de higiene tinham maior impacto sobre os indicadores de saúde que as práticas médicas propriamente ditas. É interessante lembrar que grandes reformadores sociais daqueles movimentos foram médicos e que eles próprios se engajavam nas grandes lutas políticas e sociais de seu tempo¹⁶.

Estas intervenções eram realizadas e implementadas pelas Academias de Ciências (de médicos, químicos e biólogos), tendo o Estado como grande estimulador das ações em prol da saúde pública, fornecendo pioneiramente o atendimento médico - ainda coletivo - àquela multidão que, até então, não possuía condições de ter orientação médica individual devido ao seu alto custo e a ineficácia de uma prática inconsistente e altamente lesiva. Cabe ressaltar que a prática cirúrgica ainda não havia sido incorporada à prática médica, o que só ocorreu após o advento da anestesia; já as práticas medicamentosas eram extremamente limitadas, agressivas e iatrogênicas. O cuidado médico individual não tinha a saúde como objeto, mas a doença, e por isso foi tido como limitado, dentro da visão miasmática.

Após a segunda metade do século 19, os Estados europeus já garantiam uma intervenção em termos de políticas sociais considerável, representada de um lado, pelo cuidado ao pobre, de outro, pela implementação de medidas de proteção e controle do ambiente, assim como das doenças transmissíveis¹⁷. A resolução em parte destes graves problemas, juntamente com o desenvolvimento de um novo referencial teórico para a explicação da determinação da causalidade do processo saúde-doença, bem como a perspectiva concreta de intervenção que proporcionaram, explicam, em parte, o recrudescimento das políticas sanitárias e a supremacia da assistência médica individual daí em diante.

As descobertas da microbiologia, a partir dos trabalhos de Pasteur e Koch, permitiram “individualizar” a causa das doenças e produzir uma nova teoria explicativa para a doença: a teoria da unicausalidade. Para todo efeito era necessário buscar uma causa. Compreendia-se, a partir de então, que as doenças infecciosas eram produzidas por microrganismos e não pelas emanções miasmáticas. A medicina ganhava, finalmente, status científico, livrando-se da “tola prisão religiosa” ou da “fantasiosa e mística” teoria dos miasmas e dos fluidos vitais. A partir daí era possível conhecer os mecanismos de transmissão das doenças, formular e implementar medidas preventivas e higiênicas (profilaxia) para muitas enfermidades infecciosas (peste, cólera, malária, varíola, tuberculose, etc), com impacto considerável sobre chagas que assolavam a humanidade a séculos. O êxito alcançado no final do século 19 e primeiras décadas do século 20 permitiu imaginar que seria encontrado solução para todos os problemas de saúde, por meio de soros, vacinas e medicamentos para combater cada microrganismo. Segundo Berlinguer (1988), não se levou em consideração, entretanto, “*que cada condição de existência do homem pode igualmente transformar-se em fonte de doenças. Os mesmos fatores que permitem ao homem viver (alimento, ar, clima, habitação, trabalho, técnica, relações familiares, sociais, etc.) podem causar doenças, se agem com determinada intensidade, se pesam em excesso ou falta, se agem sem controle*”.¹⁸ Desta forma, um mesmo elemento pode assumir distintos valores, sendo fonte de saúde ou razão de mal-estar.

A intervenção da medicina, o desenvolvimento científico e tecnológico e, fundamentalmente, a melhoria das condições de vida proporcionadas a amplas setores das sociedades urbanas, em várias partes da Europa e nos EUA, permitiram importantes mudanças no perfil demográfico e epidemiológico. O envelhecimento populacional, a industrialização e a urbanização tiveram impacto considerável sobre o perfil de morbimortalidade. Com o aumento da esperança de vida, passa a ganhar evidência a prevalência de doenças não transmissíveis, em particular as enfermidades crônico-degenerativas (cardiovasculares, neoplasias, doenças metabólicas, etc.),

assim como os problemas decorrentes do trabalho (acidentes e doenças ocupacionais) e da violência (acidentes automobilísticos, tentativas de homicídio, suicídios, etc.). Ao mesmo tempo, observou-se importante diminuição das chamadas doenças infectocontagiosas, tanto as denominadas emergentes, como a Aids, Gripe aviária (vírus H5N1), Ebola, Chikungunya, Zica vírus, como as reemergentes, como a dengue, malária, tuberculose, sarampo, entre outras.

Nas décadas de 50 e 60 do século passado, uma nova teoria para explicar a origem das doenças vai se consolidar, permanecendo hegemônica até os dias atuais. Trata-se da teoria da multicausalidade, formulada a partir de autores como MacMahon, Leavel & Clark¹⁹, fortemente fundamentada na teoria de sistemas, que ganha força nesse período em todos os ramos do conhecimento científico. Em síntese, procura explicar o processo saúde-doença como o “conjunto formado pelos fatores vinculados ao ambiente, ao agente etiológico e ao suscetível, dotado de uma organização interna que define as interações determinantes da produção de doença (um sistema epidemiológico)”²⁰. Esta teoria foi capaz de adaptar-se às novas exigências teóricas e conceituais. Agente etiológico foi substituído para a análise das doenças não infecciosas por “fatores de risco” (álcool, tabagismo, obesidade, stress, dieta, sedentarismo, etc.). A noção de hospedeiro reformulada para a de suscetível, na medida em que é possível medir a probabilidade (estatística) de desenvolver determinada enfermidade a partir da utilização da pesquisa epidemiológica e do uso da informática.

Esperava-se, entretanto, que a partir das consequências práticas deste modelo, reforçadas com o advento de novos medicamentos, exames complementares cada vez mais sofisticados e serviços terapêuticos que ampliaram consideravelmente a divisão social do trabalho em saúde, com o surgimento de novas profissões e modalidades assistenciais, houvesse efetivamente uma mudança no perfil epidemiológico das comunidades. Esse processo efetivamente se deu em países desenvolvidos da Europa, da América do Norte e no Japão. No restante do mundo, entretanto, a esperada transição não ocorreu na mesma velocidade e da mesma forma. Países como o Brasil, ainda que tenham tardiamente também apresentado a predominância das doenças crônico-degenerativas como principal causa de morte, passaram a apresentar elevação dos coeficientes de óbitos por causas externas (mortes violentas) e, mesmo que já não tão significativamente como no passado, a persistência das doenças infectocontagiosas²¹. Observando esse quadro, intelectuais da América Latina formularam ao longo das décadas de 80 e 90 a teoria da determinação social do processo saúde-doença, a partir da crítica à teoria da multicausalidade²². Esses autores, a partir da concepção de *social* enquanto conjunto de características que compõe o complexo das relações humanas em sociedade, questionam a linearidade proposta pelo modelo hegemônico. Para eles, a determinação do processo saúde-doença deve ser analisada em dois planos: o das condições econômicas, sociais e políticas, em que ocorre o processo; e, as práticas de intervenção e de controle que a sociedade adota frente ao processo mórbido. Entendem que as condições sociais gerais e as práticas históricas definidas de intervenção refletem-se na explicação para o processo saúde-doença, condicionando o próprio saber, ou seja, a visão teórica do que seja o tema (e, obviamente, as explicações e práticas dele decorrentes). Demonstram, utilizando-se para tanto de estudos epidemiológicos, que as doenças e óbitos prevalecem de maneira distinta nas diferentes classes sociais, produzindo um padrão de iniquidade e injustiça social e que o estado sanitário de uma população é a expressão da evolução das condições de vida das classes sociais, num dado período. As condições de vida, por outro lado, são reflexo das condições mais gerais de produção e distribuição dos bens e do acesso a serviços nessa sociedade. Na prática, a partir desta teoria, os profissionais de saúde e a sociedade são chamados a responder a conjunturas sociais específicas, pois enquanto prática coletiva, as ciências da saúde devem intervir no próprio social.

Percebe-se, entretanto, que as teorias são insuficientes para dar conta da complexa tarefa de apontar a origem e causalidade das enfermidades. E que o conhecimento e os valores científicos se alteram com as mudanças na cultura geral, produzindo mudanças no juízo de valores da sociedade sobre temas como saúde-doença e sua determinação.

Conceito de saúde e de doença

Usualmente, tende-se a definir saúde e doença por contraposição. Saúde é a ausência de doença. Doença é quando não se tem saúde. Uma visão simplista, que não dá conta da complexidade do tema.

A palavra doença tem origem no latim *dolentia* e pode ser compreendida como o processo mórbido definido, com um conjunto característico de sintomas, que pode afetar o corpo inteiro ou qualquer de suas partes, sua etiologia, patologia e prognóstico podem ou não ser conhecidos.

Existem modelos, como o biomédico, hegemônico no meio científico, que reduzem a doença às alterações bioquímicas que ocorrem em nível celular. Outras correntes, tratam a doença como alteração ou desvio do estado de equilíbrio de um indivíduo com o meio. As enfermidades podem também ser definidas como a incapacidade dos mecanismos de adaptação de um organismo para neutralizar os estímulos ou solicitações a que está sujeito, resultando em transtorno da função ou estrutura de qualquer parte, órgão ou sistema do organismo. Ou ainda como reação a uma lesão, moléstia ou enfermidade. Alguns autores tratam a doença como uma entidade específica que é a soma total dos numerosos expressões de um ou mais processos patológicos. A causa de uma entidade mórbida é representada pela causa do processo patológico básico associada a importantes fatores causais secundários.²³

Na Enciclopédia Britânica, a palavra *disease* é considerada “*uma alteração do organismo da condição fisiológica normal, suficiente para produzir sinais e sintomas evidentes*”. Duas complicações se impõem. A primeira, definir o que é normal. Nem sempre, em saúde, o conceito de normal é uma medida biológica. Muitas vezes descamba para medidas culturais e sociais. A segunda, como encarar os processos mórbidos que acometem as pessoas, muitas vezes com alterações histológicas e bioquímicas, fisiopatológicas, ou mesmo psicoafetivas e que ainda não ultrapassaram o horizonte clínico, portanto sem produzir durante meses, anos ou décadas sinais e sintomas?

Cada cultura produz, portanto, em contextos históricos específicos, determinados significados, que resultam em distintas práticas. Veja-se o exemplo do grande Mahatma Gandhi, em 1923, quando afirma que “*as indisposições, as doenças, não são nada mais do que um aviso da natureza, a qual nos adverte que as imundices foram se acumulando nesta ou naquela parte do corpo, e certamente seria sábio deixar que a natureza agisse, ao invés de cobrir a sujeira à custas de medicamentos*”.

A saúde, por outro lado, origina-se do latim *salutis*: 'salvação', 'bom estado', 'conservação'. É definida, por uns, como o estado normal das funções orgânicas e faculdades mentais. Ou ainda como o estado de equilíbrio dinâmico entre o organismo e seu ambiente o qual mantém características estruturais e funcionais do organismo dentro dos limites normais para a forma particular de vida (raça, gênero e espécie) e para diferentes fases de seu ciclo vital. Outros simplesmente como estado de estar firme no corpo e na mente; bem-estar, saudável, sadio.

Na prática, costuma-se definir a saúde como o estado do indivíduo cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal; o estado do que é sadio ou são. É comum, ainda, associar a definição de saúde à força, robustez ou ao vigor – *‘que bebê saudável!’* -, se diz de uma criança, ainda que com enormes chances de desenvolver hipertensão e diabetes na fase adulta). Utiliza-se a expressão também para a disposição do organismo – *‘que saúde tem esse empregado...’* - ou a disposição moral ou mental das pessoas, sem esquecer do voto ou saudação que se faz bebendo à saúde de alguém (o brinde, que muitas vezes, em excesso, produz a dependência química e graves sequelas).

Em 1946, no contexto de reconstrução da Europa arrasada pela II Grande Guerra Mundial e sob forte inspiração da social-democracia europeia que se instalara em diversos países no velho continente no pós-guerra, a Organização Mundial de Saúde, por ocasião de sua instalação, formulou um novo conceito, o mais vago e subjetivo possível, para definir o que é saúde²⁴: *“Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença”* A definição, demasiadamente ampla, teve efeitos positivos por certo tempo, na medida em que ampliou a atenção para aspectos até então negligenciados: a dimensão mental e social dos seres humanos. Trata-se, entretanto, de um conceito de difícil expressão prática. E a extrapolação do seu significado, confundindo mal estar mental e social com doença, tem levado a sociedade à práticas de medicalização. Denomina-se de medicalização da sociedade ao fenômeno da medicina (e de outras áreas da saúde) normatizar cada vez mais a vida, estabelecendo os parâmetros do “bom viver”, valorizando uma responsabilidade individual na manutenção da saúde e, de alguma forma, obscurecendo o peso que as características mais gerais da sociedade em que vivemos tem sobre nosso modo de adoecer e morrer²⁵. Para citar exemplos corriqueiros, entrega-se a médicos e psicólogos a responsabilidade de resolver problemas relacionados à dificuldades de aprendizado, ou faz-se uso abusivo de benzodiazepínicos, levando à dependência medicamentosa, para “tratar” dos que sofrem por perdas afetivas, desemprego e outras frustrações e problemas de ordem emocional.

Dois modelos sobre saúde passam a ser disputados. Um deles, alicerçado no sistema de saúde dos EUA e por um número pequeno de países - embora sua influência seja maior do que se possa imaginar - trata a saúde como um bem de consumo, como valor de uso e de troca definidos, a ser regido pelas regras de mercado. Neste modelo, a saúde e a doença (a vida, portanto) constituem-se em uma mercadoria. Desta forma, compete ao mercado prover as necessidades de saúde e o acesso passa a ser um problema a ser resolvido pela lei da oferta e da procura. Tem direito à saúde as pessoas com recursos para pagá-la por desembolso direto ou seguro privado. As demais são tratadas como indigentes, como acontecia no Brasil até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988, que contavam apenas com o apoio de benzedeiros, curandeiros, médiuns ou de instituições de assistência beneficente, como as Santas Casas e os hospitais psiquiátricos espíritas, por exemplo.

Outros países, por outro lado, influenciados pelos ideais da social-democracia, do socialismo ou por entenderem que mesmo na lógica do capital era necessário garantir a reprodução da força de trabalho e atenuar as pressões sociais mediante a concessão de “políticas públicas”, passaram a lidar com a saúde enquanto um direito social (com maior ou menor abrangência, de acordo com contextos específicos). É o caso do Brasil, que após intensa mobilização social, passa a garantir a saúde em sua Constituição Federal. Seu artigo 196 preconiza que: *“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*.²⁶

Ainda que longe de garantir o acesso e a qualidade esperada, o conceito de saúde passa a ser assumido de forma ampliada (enquanto qualidade de vida), na medida que a saúde depende de condições dignas de trabalho, de renda, moradia, saneamento, proteção ao meio ambiente, renda, alimentação e nutrição, educação, liberdade, acesso e posse da terra, transporte, lazer e garantia de acesso às ações e serviços de saúde. Um direito social universal, de cidadania, que se confunde com o direito à vida. Desta forma, as ações e serviços de saúde são caracterizados como de relevância pública e enquanto direito social (direito à saúde) deve ser assegurado pelo Estado.

É extremamente importante reconceituar saúde-doença pelas implicações objetivas e práticas na vida das pessoas. A partir de um conceito mais amplo, como aqui discutido, a assistência à saúde, prestada pelo Poder Público ou pela iniciativa privada, passa a ser entendida como instrumento que possibilite à pessoa o uso e gozo de seu potencial físico e mental, reconhecendo e salvaguardando os direitos do indivíduo, como sujeito das ações e dos serviços de assistência em saúde.

Certas doenças dominaram períodos específicos da história. Determinaram a sorte, o apogeu ou a derrocada de certas culturas. Influenciaram até mesmo a política, a cultura, a arte e a arquitetura. Abreviaram carreiras de gênios e personalidades que poderiam dar outros rumos ou sentidos a história da humanidade. A peste, no século 14, a tuberculose no século 19, a gripe espanhola, no início do século 20, assim como a AIDS, mais recentemente, são exemplos claros e inquestionáveis. A questão toma outra dimensão, conforme já discutido anteriormente, quando se consideram as distintas chances de adoecer e morrer, mensuráveis já no momento da gestação, por exemplo, para futuros cidadãos que tiverem mães com baixa escolaridade ou nível de renda familiar. As nações, as classes, os indivíduos, são atingidos pelas doenças de forma muito distinta.

A doença é um fenômeno vital, uma das maneiras que a vida se manifesta em corpos organizados. Uma definição que não contrapõe a saúde e a doença diretamente, mas que as tornam aspectos inexoráveis da vida (mesmo que a doença, de alguma forma, tenha uma noção negativa). Daí preferir tratá-las, aqui, pelo binômio saúde-doença. Outra convicção é que a doença é um processo, ação e reação, mediação entre o conflito, agressão e defesa, uma luta constante entre a homeostasia e o desequilíbrio. Um incapacidade permanente ou transitória de manter a homeostasia, o equilíbrio entre as funções, metais ou orgânicas. E que tem sempre um desenlace: a cura, a cronificação, a seqüela ou a morte física (um início, uma história e uma conclusão, característica de algo processual). E uma dimensão cultural, social e histórica.

Essa concepção permite profundas mudanças no modo de conceber a saúde e a doença. Chega-se a conclusão, entretanto, que nenhuma das definições acima é suficiente para explicar a complexidade do processo saúde-doença, ainda que restrito a sua dimensão bio-psico-social. A verdade é que a saúde e a doença variam conforme o observador e o contexto em que esta inserido. É inegável, entretanto, que três componentes estão interligados. Na doença há um fato objetivo, corporal, uma alteração de algum órgão, aparelho, sistema ou função, mais ou menos demonstrável. Isso determina maior ou menor conhecimento do mal. Por fim, permite uma ideia e uma medida, derivadas do conhecimento, dos prejuízos, dos interesses da época. É portanto um juízo de valor, uma interpretação ética, além de científica.²⁷

Se nenhum conceito é totalmente satisfatório para definir a doença ou explicar a sua causalidade, talvez seja necessário alargar a discussão, abrindo-se novas possibilidades. Pode-

se abordar saúde-doença a partir de outros eixos, outras possibilidades, procurando compreender como assume diferentes significados e dimensões quando esse binômio é analisado enquanto sofrimento, diferenças e anomalias, perigos, sinais ou oportunidades, a partir dos estímulos que a enfermidade pode desencadear e o quanto pode influir na vida de um indivíduo, nas suas relações sociais e na sociedade.

A saúde e a doença na visão de Allan Kardec

Mesmo com toda a objetividade empregada por Allan Kardec na construção do corpo de conhecimentos da filosofia espírita, que tem como ponto de partida a publicação de *'O Livro dos Espíritos'* (1857) e *'O que é o Espiritismo?'* (1859), é necessário reconhecer que o mestre lionês trata do tema da saúde e da doença apenas tangencialmente.

A expressão saúde é utilizada em sua principal obra, fundadora de uma certa visão de mundo denominada espiritismo, apenas sete vezesⁱ. Doença, moléstia ou enfermidade aparecem apenas onze vezesⁱⁱ, ainda assim em contextos nem sempre dedicados a tratar destes temas. Isso não impede, entretanto, que a filosofia espírita seja capaz de contribuir e ampliar significativamente os paradigmas do processo saúde-doença e de seus determinantes.

Inevitavelmente é preciso reconhecer que Kardec concebeu o processo saúde-doença, na visão espírita, em uma perspectiva vitalista. A alma, imaterial e individual, que existe em nós e sobrevive à morte do corpo físico, necessita do corpo físico para cumprir sua jornada evolutiva. Esse corpo, por sua vez, é animado pelo princípio vital, *"princípio da vida material e orgânica, qualquer que seja a fonte donde promane, princípio este comum a todos os seres vivos, desde as plantas até o homem"*²⁸.

Kardec trabalha com duas hipóteses para explicar o fenômeno vital: como propriedade da matéria ou residente em um fluido especial, universalmente espalhado e do qual cada ser absorveria e assimilaria uma parcela durante a vida. Em sua obra *'A Gênese, os Milagres e as Predições Segundo o Espiritismo'*, acaba definindo-se pela segunda hipótese. Pois bem, é esse fluido vital que garante a vitalidade dos órgãos, devendo ser renovado constantemente para que haja a manutenção do estado de saúde (do ponto de vista orgânico). A perturbação ou escassez desse fluido levaria ao desenvolvimento das enfermidades. Mais ainda, da mesma maneira que a presença do fluido vital anima a matéria, a morte física seria determinada pelo esgotamento deste fluido vital, a cessação do princípio vital.

O espiritismo dá um sentido mais amplo ao processo saúde-doença ao considerar a dimensão espiritual e material constitutiva de cada ser. Como há uma interligação entre a dimensão material e a espiritual, a influência que um exerce sobre outra é imensa. Kardec atribui ao perispírito significativa importância na fisiopatologia das enfermidades, na medida que é o elo (energético) entre o espírito e a matéria. A partir de Kardec, diversos outros autores espíritas passaram a tomar o perispírito como modelo central explicativo para o surgimento das enfermidades.

Como a quantidade deste fluido é diferente entre os indivíduos e pode ser transmitida para outros seres vivos, passa a dar sentido as práticas já existentes que se pautavam no Vitalismo

ⁱ Nas respostas às perguntas 192, 718, 722, 723 e 927 e nos comentários às perguntas 707 e 936.

ⁱⁱ Comentário à questão 714, 917 e 1009; na mensagem atribuída à Santo Agostinho (919); no Ensaio Teórico da Sensação nos Espíritos (257); nas perguntas 161, 452 e 930; e, nas respostas às perguntas 480 e 964.

e no Magnetismo, como a homeopatia, os passes fluídicos e a água fluídica, agora associados à mediunidade e outras práticas genuinamente espíritasⁱⁱⁱ.

Na pergunta 192 de ‘O Livro dos Espíritos’, Kardec questiona os espíritos se “*pode alguém, por um proceder impecável na vida atual, transpor todos os graus da escala do aperfeiçoamento e tornar-se Espírito puro, sem passar por outros graus intermédios?*”, obtendo a seguinte resposta: “*Não, pois o que o homem julga perfeito longe está da perfeição. Há qualidades que lhe são desconhecidas e incompreensíveis. Poderá ser tão perfeito quanto o comporte a sua natureza terrena, mas isso não é a perfeição absoluta. Dá-se com o Espírito o que se verifica com a criança que, por mais precoce que seja, tem de passar pela juventude, antes de chegar à idade da madureza; e também com o **enfermo que, para recobrar a saúde, tem que passar pela convalescença. Demais, ao Espírito cumpre progredir em ciência e em moral. Se somente se adiantou num sentido, importa se adiante no outro, para atingir o extremo superior da escala. Contudo, quanto mais o homem se adiantar na sua vida atual, tanto menos longas e penosas lhe serão as provas que se seguirem.***”

É possível perceber que os espíritos, embora não tratem diretamente da questão, concebem a saúde-doença como um processo natural da vida, tal qual os diferentes estágios etários ou, de forma mais profunda, a evolução espiritual que se dá a partir das experiências acumuladas e do desenvolvimento intelecto-moral do espírito progressivamente a cada existência.

A segunda menção à saúde pode ser encontrada nos comentários de Kardec à pergunta 707, tratando da Lei de Conservação, quando pergunta aos espíritos se “*É frequente a certos indivíduos faltarem os meios de subsistência, ainda quando os cerca a abundância. A que se deve atribuir isso?*” Obtém como resposta: “*Ao egoísmo dos homens, que nem sempre fazem o que lhes cumpre. Depois e as mais das vezes, devem-no a si mesmos. Buscai e achareis; estas palavras não querem dizer que, para achar o que deseje, basta que o homem olhe para a terra, mas que lhe é preciso procurá-lo, não com indolência, e sim com ardor e perseverança, sem desanimar ante os obstáculos, que muito amiúde são simples meios de que se utiliza a Providência, para lhe experimentar a constância, a paciência e a firmeza.*”.

Vejamos o comentário de Kardec: “*Se é certo que a Civilização multiplica as necessidades, também o é que multiplica as fontes de trabalho e os meios de viver. Forçoso, porém, é convir em que, a tal respeito, muito ainda lhe resta fazer. Quando ela houver concluído a sua obra, ninguém deverá haver que possa queixar-se de lhe faltar o necessário, a não ser por própria culpa. A desgraça, para muitos, provém de inveredarem por uma senda diversa da que a Natureza lhes traça. É então que lhes falece a inteligência para o bom êxito. Para todos há lugar ao Sol, mas com a condição de que cada um ocupe o seu e não o dos outros. A Natureza não pode ser responsável pelos defeitos da organização social, nem pelas consequências da ambição e do amor-próprio. Fora preciso, entretanto, ser-se cego, para se não reconhecer o progresso que, por esse lado, têm feito os povos mais adiantados. Graças aos louváveis esforços que, juntas, a Filantropia e a Ciência não cessam de despender para melhorar a condição material dos homens e mau grado ao crescimento incessante das populações, a insuficiência da produção se acha atenuada, pelo menos em grande parte, e os anos mais calamitosos do presente não se podem de modo algum comparar aos de outrora. **A higiene pública, elemento tão essencial da força e da saúde, a higiene pública, que nossos pais não conheceram, é objeto de esclarecida solicitude. O infortúnio e o sofrimento encontram onde se refugiem. Por toda parte a Ciência contribui para crescer o bem-estar. Poder-se-á dizer que já se haja chegado à perfeição? Oh! Não, certamente; mas, o que já se***

ⁱⁱⁱ Para mais informações sobre vitalismo, práticas de cura e espiritismo ver meu livro ‘Magnetismo, Vitalismo e o Pensamento de Kardec’, publicado pelo CPDoc e ‘O Espiritismo’, de Jacques Lantier (Edições 70).

fez deixa prever o que, com perseverança, se logrará conseguir, se o homem se mostrar bastante avisado para procurar a sua felicidade nas coisas positivas e sérias e não em utopias que o levam a recuar em vez de fazê-lo avançar”.

Neste comentário, Kardec corrobora o impacto resultante da introdução das práticas sanitárias de Saúde Pública implementadas no século 19, um conjunto de ações sobre os fatores que foram encarados como os responsáveis pelo aparecimento da doença coletivamente, e identificados com o meio urbano, a disponibilidade maior ou menor das condições adequadas de moradia, esgoto, etc.

A questão passa a ser analisada sobre outro ponto de vista por Kardec a partir da Lei de Conservação, quando trata das privações voluntárias e mortificações. Ali, questiona os espíritos se esta lei obriga o homem a prover às necessidades do corpo, obtendo como resposta que *“sem força e saúde, impossível é o trabalho.”* Na verdade, o papel que desempenha o trabalho no processo evolutivo dos espíritos é central na tese espírita. É por meio dele que podemos transformar a nossa realidade e galgar importantes experiências em nossa trajetória evolutiva. Daí que, sem a saúde, queda-se limitado o espírito em atuar plenamente em toda sua potencialidade. De alguma forma, poder-se-ia imaginar que essa tese, muito próxima à concepção da Reforma proposta por Calvino e Lutero, atenderia plenamente as necessidades do emergente sistema capitalista.

Não obstante, e inegável que a filosofia, da mesma forma que coloca o trabalho como elemento essencial para o processo evolutivo, dá enorme importância à caridade, na medida em que delega a responsabilidade aos mais fortes (hígidos, sadios, abastados, etc) de cuidar dos mais fracos. Mais ainda, dá novo sentido às dificuldades enfrentadas pelas pessoas com deficiência e para o sofrimento advindo da doença e da incapacidade, pois essas situações propiciam oportunidades de aprendizado para os sujeitos, familiares e cuidadores (profissionais de saúde ou não), no exercício da caridade, da benevolência, da doação, da paciência e da resignação.

Kardec procura, ainda, reforçar o compromisso que a sociedade deve ter com aqueles que são incapazes de cuidar de si próprio. Na pergunta 930, preocupa-se com as *“pessoas que se vêem na impossibilidade de prover às suas necessidades, em consequência de moléstias ou outras causas independentes da vontade delas”*. O ensinamento espírita, neste caso, reforça a concepção de saúde enquanto um direito humano, um direito social, na medida em que os espíritos afirmam: *“Numa sociedade organizada segundo a lei do Cristo ninguém deve morrer de fome.”*, ideia de enorme generosidade complementada pelo judicioso comentário de Kardec: *“Com uma organização social criteriosa e previdente, ao homem só por culpa sua pode faltar o necessário. Porém, suas próprias faltas são frequentemente resultado do meio onde se acha colocado. Quando praticar a lei de Deus, terá uma ordem social fundada na justiça e na solidariedade e ele próprio também será melhor.”*

Na questão 722, Kardec, ainda no contexto da Lei de Conservação, aponta para a discussão sobre alimentação, questionando se seria *“racional a abstenção de certos alimentos, prescrita a diversos povos?”*. Os espíritos afirmam categoricamente que *“Permitido é ao homem alimentar-se de tudo o que lhe não prejudique a saúde (...).”* Na questão seguinte argui explicitamente os espíritos se a alimentação animal para os homens é contrária à lei da Natureza. Ao que respondem: *“Dada a vossa constituição física, a carne alimenta a carne, do contrário o homem perece. A lei de conservação lhe prescreve, como um dever, que mantenha suas forças e sua saúde, para cumprir a lei do trabalho. Ele, pois, tem que se alimentar conforme o reclame a sua organização.”*

A filosofia espírita, na medida em que não prescreve o que é certo ou errado, não impõe dogmas ou punições, remete à livre consciência de cada um as escolhas que devam fazer para tratar das mais variadas questões, apontando a necessidade de equilíbrio e bom-senso.

O espiritismo propõe uma superação da concepção de que saúde e doença são regalias ou castigos, respectivamente, proporcionadas por um Deus mesquinho e vingativo. Na pergunta 964, do Livro dos Espíritos, Kardec lança o seguinte questionamento: *“Mas, será necessário que Deus atente em cada um dos nossos atos, para nos recompensar ou punir? Esses atos não são, na sua maioria, insignificantes para Ele?”* A resposta fornecida pelos espíritos não deixa margem de dúvidas para outro tipo de interpretação: *“Deus tem Suas leis a regerem todas as vossas ações. Se as violais, vossa é a culpa. Indubitavelmente, quando um homem comete um excesso qualquer, Deus não profere contra ele um julgamento, dizendo-lhe, por exemplo: Foste guloso, vou punir-te. Ele traçou um limite; as **enfermidades** e muitas vezes a morte são a consequência dos excessos. Eis aí a punição; é o resultado da infração da lei. Assim em tudo.”*

À questão 714, Kardec faz judiciosa consideração: *“O homem, que procura nos excessos de todo gênero o requinte do gozo, coloca-se abaixo do bruto, pois que este sabe deter-se, quando satisfeita a sua necessidade. Abdica da razão que Deus lhe deu por guia e quanto maiores forem seus excessos, tanto maior preponderância confere ele à sua natureza animal sobre a sua natureza espiritual. As **doenças**, são, ao mesmo tempo, o castigo à transgressão da lei de Deus”*.

Ressalte-se que Kardec afirma que as enfermidades tem, além de outros determinantes, uma dimensão de transgressão às leis naturais (de Deus), mas não diz que se trata de um castigo imposto por Deus, o que equivocadamente aproximaria à tese espírita às concepções religiosas mais conservadoras e, em particular, à tradição cristã.

A IV parte do Livro dos Espíritos trata (ainda que indiretamente) do processo saúde-doença, tanto na dimensão terrena quanto na vida no mundo dos espíritos. Na pergunta 927, Kardec afirma *“que à felicidade, o supérfluo não é forçosamente indispensável, porém o mesmo não se dá com o necessário. Ora, não será real a infelicidade daqueles a quem falta o necessário?”*. Os espíritos, entretanto, afirmam: *“Verdadeiramente infeliz o homem só o é quando sofre a falta do necessário à vida e à **saúde do corpo**. Todavia, pode acontecer que essa privação seja de sua culpa. Então, só tem que se queixar de si mesmo. Se for ocasionada por outrem, a responsabilidade recairá sobre aquele que lhe houver dado causa.”* Uma forma de compreender o processo saúde-doença que se aproxima da teoria da determinação social do processo saúde-doença, embora com uma amplitude ainda maior. Além de uma dimensão social e econômica, a enfermidade também pode ser explicada pelas escolhas, atitudes, hábitos e distintos modos de viver que cada um assume ao longo de sua(s) vida(s). O hábito de fumar, beber abusivamente, os excessos físicos e alimentares, a atividade sexual desregrada e promíscua, o uso de drogas, a displicência em relação ao controle de peso, ao sedentarismo ou de uma doença pré-existente... são exemplos objetivos de situações em que nós mesmos acabamos “determinando” as consequências. É a lei de causa e efeito agindo, sem determinismo, simplesmente operando em harmonia com o livre-arbítrio que cada um de nós temos.

Na medida que a vida e a morte constituem-se em um processo contínuo e que cada espírito carrega em sua consciência marcas, remorsos, culpas, dores e arrependimentos de erros ou oportunidades desperdiçadas, é possível imaginar que algumas enfermidades possam ter forte

influência psíquico-energética, ou seja, de alguma forma são derivadas ou se impõem como mais um dos fatores de risco para o surgimento da enfermidade (que pode ou não ocorrer, dependendo das circunstâncias). É possível imaginar, por exemplo - e sem que se constitua em uma regra inexorável -, que um espírito suicida, extremamente perturbado, sofra desequilíbrio energético tão intenso que seja capaz de interferir “naturalmente” no processo de desenvolvimento embrionário, favorecendo o surgimento de uma deficiência mental.

Mas os espíritos, nessa mesma resposta citada anteriormente, dão abertura para outras possibilidades explicativas, tão coerentes e possíveis quanto as que mencionamos acima. Se a privação da saúde for “*ocasionada por outrem, a responsabilidade recairá sobre aquele que lhe houver dado causa.*” É possível que um casal, dependente químico de drogas, gere uma criança com deficiências físicas e mentais. Neste caso, a responsabilidade não recairá necessariamente sobre o espírito reencarnante. Um jovem dirige seu carro em alta velocidade, completamente alcoolizado, perde o controle da direção e atropela, mata e aleija diversas pessoas. A responsabilidade só deve ser atribuída ao condutor irresponsável, que assumirá as responsabilidades advindas de seu insano desatino à justiça dos homens e à própria consciência, maneira implacável e natural pela qual opera a justiça divina. Um industrial sabe que sua fábrica polui o ar e produz milhares de casos de doenças respiratórias. A responsabilidade é sua, em virtude de sua ganância sem limites, ou dos enfermos cidadãos indefesos? Parece-nos que o espiritismo aponta claramente para uma concepção que trata a saúde e a doença a partir da perspectiva da justiça social.

É Kardec que nos orienta, no Ensaio Teórico das Sensações nos Espíritos que “*Os sofrimentos deste mundo independem, algumas vezes, de nós; muito mais vezes, contudo, são devidos à nossa vontade. Remonte cada um à origem deles e verá que a maior parte de tais sofrimentos são efeitos de causas que lhe teria sido possível evitar. Quantos males, quantas enfermidades não deve o homem aos seus excessos, à sua ambição, numa palavra: às suas paixões? Aquele que sempre vivesse com sobriedade, que de nada abusasse, que fosse sempre simples nos gostos e modesto nos desejos, a muitas tribulações se forraria*”. E acrescenta que o mesmo se dá com o Espírito, embora livre das dores de ordem física.

Uma visão sem regras, mas natural, dentro das muitas possibilidades experienciadas em cada situação. Assim é a visão natural da vida, da saúde, da doença e da morte que se deve apreender a partir da filosofia espírita. Nada de castigos, mas em cada situação, independente da responsabilidade causal, mais uma oportunidade de crescimento intelecto e moral.

Um enorme consolo, um alento, proporcionado, acima de tudo, pela certeza no futuro. O Espiritismo permite compreender como a vida física é importante, mas ao mesmo tempo passageira e que nenhum sofrimento é eterno (LE, p. 1009). Como diz a comunicação atribuída ao espírito de Santo Agostinho (LE, p. 919): “*Que é esse descanso de alguns dias, turbado sempre pelas **enfermidades do corpo**, em comparação com o que espera o homem de bem?*” Uma certeza que vai se deslumbrando a partir do processo de autoconsciência, das conquistas advindas do desenvolvimento intelecto-moral.

A despeito das formulações contidas nas obras básicas do espiritismo, entretanto, pensadores espíritas (encarnados e desencarnados) e o movimento espírita de matiz religiosa, de maneira geral, a partir do sincretismo entre o referencial kardequiano e outras correntes de pensamento religioso e filosófico, em particular o judaísmo e o cristianismo, terminam concebendo um olhar sobre a doença e a saúde que se opõem à visão evolucionista e libertadora de homem e de mundo que se pode apreender a partir da filosofia espírita.

Um modelo espírita para o processo saúde-doença, impregnado de concepções equivocadas, determinísticas, em que os processos mórbidos são desencadeados pela punição divina aos erros cometidos em outras existências, em uma *pena de talião* sem fim, resulta em práticas conservadoras. O fatalismo e o determinismo pretendem a tudo explicar. Atribui-se as doenças às faltas do passado. A mediunidade de cura é tratada como missão divina. Há um endeusamento de médiuns de cura e um superdimensionamento do papel de determinados espíritos, que seriam coordenadores de falanges espirituais que se dedicam a atividade de cura, como Bezerra de Menezes e Dr Fritz. Até a obtenção de processos de cura ou a melhoria observada frente aos processos mórbidos são encarados fanaticamente como obtenção de *moratória divina* (vinculada a mérito moral), enviesando a justiça divina ou o livre-arbítrio das criaturas.

Práticas inaceitáveis, como promessas de curas e exploração na mídia, substituição ou interrupção de tratamento médico, utilização de objetos perfuro-cortantes, prescrição de drogas e medicamentos (inclusive plantas tóxicas) sem autorização médica, mercantilização do tratamento mediúnico e a própria ausência de acompanhamento e dos resultados passam a fazer parte do cotidiano do movimento espírita (e são utilizadas de forma proselitista, no sentido de trazer maior número de adeptos).

É desta maneira que a mediunidade, a obsessão, a reencarnação, a lei de causa e efeito, vegetarianismo, terapias energéticas oriundas do magnetismo e de filosofias esotéricas, expiações coletivas, entre outros temas, têm sido utilizados de maneira absolutamente acrítica ou deturpada para explicar, afoita e inadequadamente, a gênese das enfermidades, dos sofrimentos físicos, psíquicos, mentais e morais ou propor práticas de intervenção, muitas vezes se contrapondo ou em substituição às terapêuticas instituídas em bases científicas.

Não se trata de desprezar, ainda que se tenha que considerar as deturpações descritas acima, o potencial da própria mediunidade de cura, prática muito antiga e natural, a partir do *“dom que possuem certas pessoas de curar pelo simples toque, pelo olhar, mesmo por um gesto, sem o concurso de qualquer mediação”*, como nos ensina Kardec em O Livro dos Médiuns. Aponta o potencial e as possibilidades advindas do magnetismo (quando ocorre a ampliação da “força magnética” do médium), ou a intervenção de uma outra individualidade (“potência oculta”), representada pela ação dos espíritos. Leva em consideração a ação mental – intuitiva, tanto do paciente como de outros sujeitos encarnados e desencarnados que se dispõe, por meio da vontade, a se colocar como instrumento de apoio aos que sofrem ou estão enfermos. Ou ainda a ação “direta” sobre o mundo material (energética).

O espiritismo permite compreender e potencializar ainda outras práticas, como as emissões energéticas próxima (passe) ou à distância, a partir da ação do encarnado, da ação combinada médium–espírito ou a ação dos espíritos sem a participação do médium (utilizando os elementos da natureza).

A partir dos postulados filosóficos espíritas e do contexto em que foi edificado, o espiritismo permitiu que o chamado movimento espírita se abrisse, sem se contrapor a visão científica, à utilização racional de práticas e cuidados à saúde complementares: terapias energéticas, prescrições mediúnicas, mediunidade de cura, o uso da mediunidade no tratamento da obsessão e dos problemas de origem espiritual. Todas estas práticas têm seu valor, mas a mediunidade pode e deve ser melhor explorada em sua totalidade. Apesar destes avanços, não se tem caminhado no sentido de utilizar esses processos terapêuticos e as consequências advindas de sua utilização para a comprovação da imortalidade da alma, o que alargaria substancialmente o potencial de influência do espiritismo sobre a ciência. São fenômenos que

por si apresentam enormes possibilidades de evidenciar a sobrevivência da alma e chamar a atenção da ciência para a dimensão energética do homem, a intervenção e relação dos espíritos com o mundo material e as potencialidades deste intercâmbio (particularmente na produção de novos conhecimentos).

A intervenção do homem sobre a natureza e o intercâmbio com os espíritos podem e devem ser melhor aproveitados, mas a maior contribuição que o espiritismo pode dar advém da sua filosofia, baseada na existência do espírito, a imortalidade da alma, a evolução infinita e a educação para a “morte”. O espiritismo dá sentido à vida diante da perspectiva da morte e, a partir de sua visão de mundo, permite a consolação e esperança no futuro.

A crise do modelo biomédico e a revalorização das Práticas Integrativas

Com o modelo biomédico há uma adequação do modelo explicativo do processo saúde-doença ao pensamento racional moderno. As bases da ciência racional puderam superar o referencial da teoria dos miasmas e o pensamento religioso que até então prevaleciam.²⁹ O modelo racionalista, mecanicista e dualista, e que mais tarde incorporou o organicismo e o evolucionismo (que caracterizavam a racionalidade científica e que se tornou predominante na medicina precocemente), dificultou ou mesmo impossibilitou a permanência ou o surgimento de outras verdades³⁰. Em particular, ao adequar o modelo de saúde ao pensamento racional moderno, aos interesses do complexo industrial da saúde (e da ordem capitalista) e ao transformar o corpo e a doença em mercadorias.³¹

As doenças infectocontagiosas (a maioria epidêmicas) praticamente desapareceram do cenário dos países desenvolvidos. Restringem-se, atualmente, aos bolsões de pobreza dos países periféricos. As mudanças observadas na Europa e nos Estados Unidos a partir da Revolução Industrial e, mais particularmente, com o desenvolvimento do processo de urbanização e industrialização em massa, teve forte impacto na mudança no perfil de morbimortalidade da população. Alterações na taxa de natalidade, diminuição da mortalidade infantil e aumento da expectativa média de vida foram sendo observadas, ainda que em ritmos surpreendentemente diferentes, em todos os cantos do planeta. O desenvolvimento da medicina e do arsenal tecnológico disponível para a assistência à saúde são capazes, como nunca, de intervir sobre a doença e proporcionar alívio do sofrimento e da dor. Mas tem sido insuficientes para isoladamente enfrentar novos problemas.

Ao desafio de cuidar das doenças crônico-degenerativas (síndrome metabólica, neoplasias, enfermidades neurodegenerativas, demenciais, osteoarticulares, auto-imunes, etc.) associa-se a necessidade de enfrentar a gravidez na adolescência, as DST, a Aids e os problemas relacionados à violência, ao processo de trabalho, ao meio ambiente, aos transtornos mentais, ao uso abusivo de álcool e drogas. Ao mesmo tempo, não estão resolvidos, em âmbito global, questões como a falta de saneamento básico e acesso à água, destruição do meio ambiente, miséria global e fome. Tudo isso num contexto marcado por uma injusta concentração de renda, tráfico de drogas e armas, violência urbana, conflitos armados e intolerância manifesta por diversas formas (religiosa, racial, política e de orientação sexual). Vivemos em um mundo ainda marcado por um profundo *apartheid* social e econômico, profundamente desigual e injusto.

O modelo hegemônico biomédico reduziu o conceito de saúde a ausência de doença. Hoje já se sabe que apenas o aumento do fluxo de recursos para serviços de saúde causa pouco impacto nos indicadores de saúde. Enfrentamos seríssimos problemas decorrentes da

incorporação tecnológica crescente e irracional. Mas a crise do modelo biomédico é parte da crise da modernidade, que não conseguiu cumprir suas promessas de desenvolvimento. O peso social das doenças, sequelas e mortes prematuras atuais está cada vez menos vinculado à mudanças e expansão dos serviços de saúde. Há evidências suficientes de que intervenções e mudanças estruturais fora da assistência médica têm maior potencialidade de alterar tendências epidemiológicas. Segundo a Carta de Ottawa³², amplamente difundida pela OMS, para a produção de saúde é preciso associar um conjunto de iniciativas, tais como a construção de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde.

A crise do modelo biomédico expressa-se também na crise da atenção à saúde, caracterizada pela fragmentação do sistema de saúde e por um modelo de cuidado voltado às condições agudas, centrado no médico, no hospital e no procedimento médico e em exames complementares, que produz enorme insatisfações e um custo insustentável para as pessoas e as sociedades³³. Essa lógica de atenção é forjada já na formação dos profissionais de saúde, ao valorizar como cenário de ensino-aprendizagem exclusivamente o hospital universitário, onde se concentram os casos de pacientes com enfermidades de maior severidade. Entretanto, esse quadro não representa o conjunto de necessidades da população, já que em função do novo perfil epidemiológico e demográfico, torna-se necessário o estabelecimento de vínculo entre o profissional, a equipe de saúde e seus pacientes em outros sítios e momentos. Exige, portanto, a oferta de cuidados continuados, longitudinal, por toda a vida, na comunidade, no domicílio, em clínicas e em serviços de atenção básica e ambulatorial, e não apenas no ambiente hospitalar, espaço que por natureza se reserva, hoje, aos problemas mais agudos, severos, complexos, de curta permanência e que exige maior adensamento tecnológico³⁴.

Outra dimensão crítica do modelo biomédico se apresenta na experiência terapêutica. O médico observa exclusivamente a doença. Na verdade, uma parte da doença ou do órgão enfermo. Não considera o doente. Muito menos o sujeito, suas condições de existência, seus valores, seus sistemas de crenças e suas necessidades. É da natureza deste modelo que seja colocado em segundo plano, sem visibilidade, a pessoa e seu sistema de crenças. Que seja desconsiderado, ainda, o médico (a equipe de saúde), suas possibilidades, sua atitude e seu sistema de crenças, assim como não se estabelece uma análise crítica da modalidade terapêutica e seu “sistema de crenças” (ainda que considerada científica)³⁵.

O paradigma do modelo biomédico é que os saberes e valores do enfermo não fazem parte do conhecimento científico acumulado e que sua livre vontade não influencia na cura, transformando-o em paciente (de quem se espera “paciência”) e não em um sujeito.

É neste contexto que a espiritualidade, os valores espirituais e as crenças religiosas são colocadas totalmente a parte no modo como o processo de cuidado é ofertado e na própria relação que se estabelece entre os profissionais de saúde (o médico, em particular) e os usuários dos serviços de saúde. Como desconsiderar, por exemplo, o sistema de crenças na reencarnação e na vida após a morte, obtidas na Pesquisa de Valores do Mundo?³⁶ Em 35 países europeus pesquisados é da ordem de 24,3 e 53,2%, respectivamente, as pessoas que acreditam em vidas sucessivas e na vida após a morte. Nos EUA esse contingente é de 26 e 78%, enquanto no Canadá atinge 31 e 69% da população. Em países como o México (43/76) e da América do Sul estas crenças atingem expressões mais significativas ainda (Argentina 39/65; Brasil: 57/71; Chile: 49/82). Nada comparável, entretanto, com o que se observa nos países asiáticos não-mulçumanos e não-cristãos: Índia: 91/66 e Japão: 50/51. É possível cuidar adequadamente e de forma integral sem levar em consideração essa visão de mundo,

fortemente presente entre os usuários dos serviços de saúde e entre os próprios profissionais de saúde? O cuidado proposto pelo modelo biomédico é capaz de atender o conjunto de necessidades de pacientes que convivem com enfermidades crônicas, por anos ou décadas, que lidam com o dilema da morte, sem dialogar com seus sistemas de crenças, desconsiderando a religiosidade e a espiritualidade fortemente presente na maneira de ver o mundo, a saúde e a doença?

Religião, espiritualidade e saúde

Procura-se aqui delimitar o que se entende como religiosidade e espiritualidade. Religiosidade está relacionada com uma instituição religiosa e/ou igreja, pelo qual o indivíduo segue uma crença ou prática, proposta por uma determinada religião.^{37, 38} Já a espiritualidade é uma característica individual que pode incluir a crença em um Deus, representando a ligação do “Eu” com o Universo e com outras pessoas. Envolve questões sobre o significado e o propósito da vida.³⁹

A espiritualidade refere-se a preocupações em relação ao significado e valores fundamentais da vida⁴⁰. Aquilo que permite que uma pessoa vivencie um sentido transcendente na vida (...) uma construção que envolve conceitos de fé e/ou sentido.⁴¹ Fé compreendida como uma força transcendente superior, não identificada diretamente com Deus, nem vinculada necessariamente com a participação nos rituais ou crenças de uma religião organizada específica. É sentido como convicção de que se está realizando um papel e um propósito inalienável na vida, que se traz consigo a responsabilidade de realizar o pleno potencial que se tem como ser humano e, ao fazê-lo, ser capaz de alcançar um sentido de paz, alegria ou transcendência⁴². Uma espiritualidade “naturalizada”, um “*sentido não-religioso, não-institucional, não-teológico, não-baseado em escrituras, não-exclusivo da espiritualidade, um sentido que não seja farisaico, que não se baseie em crença, que não seja dogmático, que não seja anti-ciência, que não seja místico, que não seja acrítico, carola ou pervertido*”, como indica Solomon⁴³.

A doença leva o ser humano a deparar-se com seus valores e com questões como a existência e a proximidade da morte. A espiritualidade é um esforço para significar essa nova demanda, buscando compreender a própria doença, o sofrimento, a morte e a existência⁴⁴. Contribui para a adaptação ao estresse em contextos de saúde, é muito relevante nos cuidados paliativos e relacionados à dor e também como fator de prevenção de doenças. Há evidências de redução dos óbitos em 25% entre pessoas espiritualistas/religiosas e impacto sobre várias doenças⁴⁵.

Pesquisa qualitativa com pacientes com câncer e espiritualidade⁴⁶ identificou como categorias de análise: *busca do significado*, em 80% dos entrevistados, em que procuram uma explicação para o que está acontecendo e quanto ao futuro, bem como criar meios para enfrentar a situação atual; *suporte emocional*, em 70%, produzindo acolhimento; *cura/transformação da vida e contribuições no tratamento*, com 60% cada, em que os entrevistados designam a um ser supremo ou transcendental o motivo de uma possibilidade de cura ou melhora e relatam “encontros” transformadores; e, *controle sobre a vida* (30%), em que a espiritualidade permite que lide de modo mais tranquilo com a doença e a perspectiva da morte. Destaque-se que 100% dos entrevistados apresentam espiritualidade e 50% religiosidade.

A contraposição entre ciência e espiritualidade começa a ser progressivamente colocada em xeque. Para Gleiser, “*a função da ciência não é tirar Deus das pessoas. É oferecer uma descrição natural cada vez mais completa, baseada em experimentos e observações que*

*possam ser repetidos ou ao menos constatados por vários grupos. Com isso, a ciência contribui para aliviar o sofrimento humano, seja ele material ou de caráter metafísico”.*⁴⁷ Na verdade, como provoca Sloan Wilson, *“Há muita fé na ciência. Eu, por exemplo, não entendo muito bem a teoria da relatividade de Einstein, mas acredito nela. [...] Quando se pensa na enorme quantidade de descobertas científicas das últimas décadas, conclui-se que os cientistas, de todas as áreas, precisam ter fé nas teorias uns dos outros para seguir pesquisando”.*⁴⁸

A espiritualidade pode ter um papel essencial na vida das pessoas. Mas pode se apresentar de forma “saudável”, se produz um estado de calma, amor e senso de pertença, ou “não saudável”, se é moralista e produz culpa⁴⁹. Há crescentes evidências que apontam para os efeitos positivos da espiritualidade sobre a saúde, como os estudos do Dr. Harold Koening, da Universidade de Duke.

O Instituto Nacional de Saúde (NIH) dos EUA instituiu comissão específica e financiamento de US 3,5 mi em pesquisas relativas à fé, espiritualidade e saúde. A epidemiologista Llynda H. Powel apresentou conclusão, após revisão sistemática de 150 trabalhos, de que os resultados eram irrelevantes, apontando, entretanto, que ocorre 25% de redução de mortalidade em pessoas com religião.

Em particular, há interesse crescente em pesquisas e adoção de estratégias relacionando espiritualidade, cuidados paliativos e enfermidades crônicas, destacando-se o enfrentamento ativo, o planejamento, a reinterpretação positiva, o suporte social instrumental e o suporte emocional⁵⁰. Há evidências importantes de obtenção de resultados positivos, tais como, melhora na saúde mental, redução do estresse, crescimento espiritual e cooperatividade. Saliente-se, entretanto, que resultados negativos também são observados: correlação negativa em relação à qualidade de vida, depressão e saúde física, atitude de não adesão ou abandono do tratamento (por acreditar em cura divina)⁵¹.

Práticas Complementares e Integrativas em Saúde

Há certa confusão, inclusive entre profissionais de saúde, entre práticas religiosas e práticas integrativas, que são sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, também denominados pela OMS de medicina tradicional e complementar/alternativa⁵². As práticas integrativas caracterizam-se por estimular os mecanismos naturais de prevenção e recuperação da saúde, produzindo vínculo terapêutico, integração do ser humano com meio ambiente e sociedade, uma visão ampliada do processo saúde-doença, cuidado global e autocuidado.

O Brasil conta, desde 2006, com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPCI)⁵³, que reconhece e estimula a oferta de Medicina Tradicional Chinesa (Acupuntura), Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Termalismo (Crenoterapia) e Medicina Antroposófica. Deve-se considerar que outros saberes, práticas e terapias integrativas (ou complementares), como as advindas da saúde indígena, a cromoterapia, florais, Terapias de Vidas Passadas, práticas religiosas/energéticas, práticas orientais diversas, entre outras, não são reconhecidas pela PNPCI, muito provavelmente por não serem legitimadas pelas corporações profissionais, em particular, pelas associações médicas.

As práticas complementares e integrativas consideram, de uma maneira geral, o indivíduo em sua dimensão global, sem perder sua singularidade, apontando para uma visão integral da atenção à saúde e propugnam a necessidade de ampliar a co-responsabilização dos indivíduos pela sua saúde. Para elas, o corpo físico nunca está só doente ou só saudável, já que nele se expressam realmente as informações da consciência, uma vez que o corpo deve seu funcionamento ao espírito/consciência que o habita (ou energia vital).

O princípio mais importante para as práticas integrativas é o conceito de que os seres humanos são sistemas dinâmicos de energia, refletindo padrões evolutivos do crescimento da alma. Quando as várias funções corporais se desenvolvem em conjunto dentro de uma harmonia, ele se encontra num estado de saúde. Se uma função falha, compromete a harmonia do todo e então ocorre um estado de doença. A doença, assim, é a perda relativa da harmonia, da dimensão energética/consciência. Do ponto de vista energético, o corpo físico debilitado oscila numa frequência diferente. Quando a pessoa é incapaz de alterar o seu modo energético para a frequência adequada, torna-se necessário aplicar-lhe certa dose de energia sutil, o que pode fazer com que seus sistemas bioenergéticos passem a vibrar de forma apropriada.

Para as práticas integrativas, o profissional de saúde não deve ser apenas um agente promotor da cura, mas também um educador. O paciente, por outro lado, transformado em sujeito, é o principal responsável pela sua cura. Cada ser humano é responsável pela busca do seu equilíbrio e da sua harmonia. Há evidências de que práticas integrativas, espiritualidade e a religião auxiliam na consciência humana, lhe apresentando novos valores. Muitos pacientes só adotam hábitos mais saudáveis após algum acontecimento traumático ou o diagnóstico de uma doença grave. Nas práticas integrativas, o profissional procura combinar o conhecimento científico e o conhecimento espiritual a fim de promover a cura em todos os níveis.

Por tratar de elementos absolutamente dissonantes do modelo biomédico tradicional (consciência, energia vital, espiritualidade, etc.) produzem um estranhamento com a fundamentação e o método científico tradicional, o que se complica ainda mais quando entra em discussão a possibilidade de uma existência espiritual, que definitivamente não é considerado objeto e escopo da ciência.

A ruptura entre ciência e religião

Para entender o difícil diálogo entre a ciência e a religião – e, de forma similar, entre a ciência e as práticas integrativas e complementares em saúde - é necessário uma pequena digressão histórica que permita resgatar o significado do advento do racionalismo científico moderno.

Em detrimento à hegemonia da Igreja, o pensamento racional passou a produzir novas definições sobre o que é conhecimento, qual método era científico, quais eram as disciplinas científicas, o que era verdade científica, quais práticas eram científicas e, assim sendo, que práticas seriam consideradas legais (por terem chancela científica). Progressivamente, a ciência polarizou e interditou a produção de outras verdades e passou “(...)a ser o modo de produção de verdades socialmente dominantes, substituindo a teologia, operando uma subjetivação do que se chama mundo natural, por um lado, e do mundo humano, por outro, dissociando-os do chamado mundo sobrenatural”.⁵⁴

Isso ocorre porque o objeto de investigação da ciência não é o mesmo das religiões. As práticas religiosas, até então vigentes, assim como boa parte das práticas utilizadas para o cuidado em saúde, passaram a ser condenadas ou consideradas não científicas. O “método” ou

“a ausência de método” as tornaram incompatíveis com o método científico. Estas práticas, por terem outros referenciais, passaram a ser condenadas *a priori* pela ciência. Sua linguagem não se coadunava. Eram incompatíveis com a científica.

Perante as características básicas do racionalismo científico moderno, nem as práticas consideradas integrativas e muito menos as religiosas (ai incluídas as oriundas do espiritismo, magnetismo e vitalismo) podem ser consideradas científicas por não cumprirem nenhum dos três elementos de síntese comum à realidade científica: o modelo explicativo (mecanicista), o método (experimentalista e dedutivista) e a linguagem (matematizante), ainda hoje hegemônicos.

Do ponto de vista da legitimação da verdade, até o século 18 era a Inquisição que julgava os dissidentes das doutrinas oficiais sobre o mundo, o movimento dos planetas, a composição da matéria e dos seres humanos, as práticas médicas e de cuidado à saúde, etc. A partir do século 19, esse espaço passou a ser ocupado pelas Academias de Ciências, que “*tomam o lugar de julgar a veracidade ou falsidade das proposições científicas*”⁵⁵. São elas, corporação dos sábios, instância elitista, apesar de construída em oposição ao Santo Ofício, que passam a produzir legitimação teórica e qualificação. Ao Estado compete o controle sobre os programas de ensino e atribuição dos diplomas. E às universidades e corporações (controladas pelos acadêmicos) o encargo de definir e fornecer a normatização da prática e do saber científico. Nestas novas circunstâncias, sem o julgo secular da Igreja, é que se dá a aprovação de uma nova teoria, que se coloca sobre ela o selo de verdade, elevando ou desqualificando seu autor junto ao Estado, à sociedade e a seus pares.

A partir do século 19 nenhuma teoria, conceito ou prática pode fugir dos limites do desenho do modelo científico, pois é considerada não científica e, portanto, não verdadeira. É neste momento que surge também a figura do charlatão, “*(...) essa figura de desviante moral e herético da ciência é criação do Século da Razão. Desde este momento, é o pior epíteto que um cientista pode ouvir, pois implica em desmoralização e perda de status social e profissional.*”⁵⁶

O conjunto de elementos aqui destacados, ainda que de forma sintética, ajudam a compreender o problema do racionalismo científico moderno com a religião, mas também o não reconhecimento das práticas integrativas ou o próprio estranhamento com as ciências sociais, a psicanálise e a subjetividade, a pesquisa qualitativa e outras modalidades de produção de conhecimento que não se enquadram totalmente nos preceitos absolutizantes do pensamento racional.

Uma nova concepção de cuidado integral em saúde

Cuidado em saúde pode ser definido como conjunto de saberes, práticas e/ou intervenções voltado à promoção, preservação ou recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade. O cuidado visa qualificar a vida e/ou proporcionar alívio de um sofrimento ocasionado por uma circunstância ou patologia, salvar vidas⁵⁷.

O trabalho em saúde produz o cuidado que as pessoas necessitam em algum momento da vida e contribui para que se possa seguir com uma vida produtiva e feliz. Vem passando por profundas transformações. A primeira é o processo de especialização e fragmentação das práticas profissionais, resultando em crescente divisão técnica e social do trabalho em saúde. Isto coloca novas e complexas tarefas para se obter um cuidado mais integral para as pessoas,

muito em particular a coordenação do trabalho multiprofissional. A segunda é sua institucionalização crescente, as transformações na gestão e a diminuição da autonomia profissional pela introdução de estratégias racionalizadoras da vida organizacional.⁵⁸

Cecílio (2012), ao fazer uma cartografia das necessidades de saúde, indica, em primeiro lugar, que as necessidades de saúde são social e historicamente construídas, isso é, não há necessidades de saúde que existiram desde sempre e do mesmo modo, pois cada época e cada sociedade produzem suas necessidades, tendo em vista, entre outras coisas, as próprias possibilidades de reconhecê-las, ou seja, nomeá-las como necessidades e, como desdobramento, atendê-las.^{59,60,61} Há forte consenso de que o modo como vivemos é determinante na maneira como adoecemos e morremos. A medicina moderna foi se firmando como o campo de práticas e conhecimentos com poderoso poder para controlar doenças, reduzir os sofrimentos e dores e prolongar a vida, graças ao avanço da cirurgia, à descoberta de poderosos medicamentos e de cada vez mais diversificadas e eficazes vacinas, à melhoria da assistência ao parto e dos cuidados hospitalares, entre tantas outras conquistas da medicina. Mas é inegável que o homem vive mais e melhor graças, fundamentalmente, a melhoria da qualidade e da perspectiva de vida que vem se consolidando desde as primeiras décadas do século passado.⁶² O aspecto negativo desse triunfo da medicina foi exatamente uma progressiva desvalorização da importância das boas condições de vida como fator central, determinante mesmo, no modo como as pessoas são mais ou menos saudáveis, vivem mais ou menos tempo, subordinando suas estratégias de intervenção, centradas no corpo doente, aos ditames e racionalidade da medicina moderna⁶³.

Uma segunda ordem de necessidade é a do consumo das tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida. Quando adoecemos, envelhecemos ou perdemos funcionalidades, contamos com um arsenal diagnóstico e terapêutico da medicina tecnológica para enfrentar os processos de adoecimento e sofrimento. Trata-se de uma grande conquista da ciência que não queremos abrir mão, mas o consumo de tecnologias também produz “distorções”. A primeira é quando esse consumo, em particular de atos médicos e procedimentos de todo tipo, passam a ser vistos como a principal estratégia para se ter saúde, desvalorizando a centralidade das condições de vida e existência. A segunda é quando confundimos tecnologias de saúde com a utilização de hospitais de alta complexidade e equipamentos de última geração. Merhy as denomina “tecnologias duras”⁶⁴. Mas há outras tecnologias de saúde que dependem dos saberes próprios das várias profissões de saúde. São saberes como a epidemiologia, a clínica, a psicanálise, a patologia, etc e também saberes práticos - saber fazer, saber diagnosticar, saber prescrever, saber cuidar – aliás, as tecnologias que os profissionais mais utilizam no seu cotidiano. Mas há outra tecnologia de saúde que é mais imaterial ainda, que é aquela tecnologia da escuta, da produção de formas singulares de cuidado, aquela que se dá no encontro do profissional com cada usuário, a partir das necessidades que apresenta naquele momento singular de sua vida. Tecnologia de saúde que contém um elemento de improvisação ou de criação, que é dada mais pela experiência, quando a medicina, ou trabalho em saúde, se revela como arte. A arte da escuta, do encontro, da troca. Emerson Merhy (2002) é um autor que denomina de tecnologias duras de saúde aquelas ligadas aos equipamentos; de tecnologias leve-duras aquelas ligadas aos saberes profissionais; de tecnologias leves aquelas tecnologias de encontro. Para ele, o ideal de bom funcionamento dos serviços de saúde seria que as tecnologias leves comandassem todas as demais. Não há uma separação nítida entre as várias formas de tecnologia, de modo que elas, na prática podem se apresentar de modo simultâneo. O grande problema é que prevalece um “esmagamento” das tecnologias relacionais pelas tecnologias duras ou mesmo leve-duras⁶⁵.

Um terceira ordem de necessidade é a de se ter vínculo com algum profissional ou com alguma equipe de saúde (uma tecnologia leve). O vínculo é um encontro de sujeitos, de empatia e de troca que nem sempre ocorre. Exige a responsabilização com o paciente e comporta, necessariamente, um componente amoroso, afetivo e de confiança. Quando um profissional consegue estabelecer uma relação vinculante com seus pacientes tem mais chance de obter sucesso terapêutico, em particular nas situações de doenças crônicas, que necessitam de adesão do doente, mudança de hábitos, novos modos de cuidar de si.⁶⁶

Uma quarta ordem necessidade, para Cecílio, é a de se ter autonomia no modo de andar na vida, para ele a mais importante de todas. Para muitos autores, a própria definição de saúde se confundiria com a nossa autonomia de, diante das adversidades, sermos capazes de reconstruir nossos modos de viver, de termos autonomia no nosso modo de andar a vida.⁶⁷ Estar doente não é apenas uma condição medida através de parâmetros biomédicos, mas tem a ver se somos capazes, ou não, de nos recuperarmos, recriarmos nossas vidas, retomarmos nossa vida cotidiana, seja diante de problemas de saúde corriqueiros, ou de adversidades mais graves e incapacitantes. É uma nova maneira de pensar o binômio saúde-doença⁶⁸.

O cuidado integral combina o atendimento de todas as necessidades de saúde. Talvez a grande tragédia da biomedicina, a medicina tecnológica e institucionalizada, seja exatamente a perda do vínculo, da capacidade de escuta dos profissionais, da relação de confiança entre profissionais e usuários, a produção de resposta automática e repetida, mais e mais consultas médicas, mais e mais exames. Uma assistência cada vez mais cara e menos resolutive.

Diante disso, Cecílio postula que na gestão do cuidado devem ser consideradas seis dimensões. A primeira, individual, tem como lógica a necessidade de cuidar de si, a autonomia, o direito à escolha. A segunda é a familiar, composta não apenas pelos familiares, mas também pelos amigos, vizinhos e a rede de cuidadores que se forma em torno do indivíduo. A lógica desta dimensão é o apoio, a proximidade e todos os elementos presentes no mundo da vida. Uma terceira dimensão é a profissional, cujos atores são os profissionais de saúde e, em particular, o médico, e tem no preparo técnico, no vínculo e na ética seus elementos constitutivos. Há ainda uma quarta dimensão, organizacional, que tem como protagonistas a equipe de saúde e gerentes, com a responsabilidade pela coordenação do cuidado no serviço. Uma quinta dimensão, sistêmica, campo de atuação dos gestores, é o locus de produção das políticas de saúde, organização, financiamento e coordenação do sistema, já que um serviço de saúde isolado não é capaz de atender o conjunto de necessidades. A sexta e última dimensão, a societária, onde atuam o Estado e a sociedade, deve garantir as condições mais gerais de existência e reprodução da vida.⁶⁹

A questão que aponto para reflexão do leitor é: caberia acrescentar uma sétima dimensão ao modelo proposto por Cecílio? É possível considerar o sistemas de crenças, a vivência da religiosidade e, em particular, da espiritualidade, circunscrita à dimensão individual? Ou se constitui numa dimensão específica de gestão do cuidado? As práticas integrativas, a operação de valores da dimensão da espiritualidade/religiosidade, podem ou devem compor o arsenal de “tecnologias leves” operado pelos profissionais de saúde? Seria possível a produção de um cuidado mais integral, de vínculo e co-responsabilização entre usuários e profissionais a partir do reconhecimento desta dimensão espiritual?

Novos significados para o binômio saúde-doença numa perspectiva espiritualista (e espírita)

A partir da filosofia espírita pode-se compreender que a vida é a expressão de um fenômeno material e espiritual, pois a mente é o espírito que interpreta sensações, cria as ideias e sente as emoções que através do pensamento e da linguagem exteriorizam os nossos desejos. Para tanto, entre a dimensão física e espiritual existe o perispírito. Entretanto, somos apenas aquilo que nosso corpo físico nos permite ser, e não tudo aquilo que nosso espírito é ou já foi (ou gostaríamos de ser). O ser vivo está sujeito à evolução, através de vidas sucessivas, favorecendo a oportunidade de crescimento intelectual e moral, com destino à perfeição. Nas lições que vivencia, acertos e erros, aprimora habilidades, preferências, virtudes e aptidões.

A consciência toma progressivamente conhecimento do Eu, do mundo exterior e do seu significado. Desenvolvemos a consciência temporal e, portanto, a noção de passado, presente e futuro (potencialidade restrita à espécie humana e que nos diferencia dos demais seres vivos). Usamos cada vez mais o nosso livre-arbítrio (ampliando-se a responsabilidade). Daí dizemos que o processo evolutivo é fundamentalmente intelectual e moral. O espírito conquista paulatinamente a consciência da espiritualidade que nos envolve, o que nos permite expandi-la a outras dimensões.

Nossos pensamentos criam um ambiente psíquico, um campo mental, onde estão esculpidas as imagens mentais que idealizamos com mais persistência (de forma que convivemos materialmente com nossos próprios desejos). As projeções de nossas vibrações mentais indubitavelmente têm potencial gerador de doenças e ao mesmo tempo de preservar ou restabelecer a saúde, dentro dos limites impostos pelas Leis da Natureza.

A morte, na visão espírita, é apenas a volta do ser *“ao mundo dos Espíritos, donde se apartara momentaneamente”* (Livro dos Espíritos, pergunta 149), que mantém sua individualidade a partir da formação do corpo espiritual. Parte levando consigo, deste mundo, apenas a lembrança e o desejo de ir para um mundo melhor, *“que será cheia de doçura ou de amargor, conforme o uso que ela fez da vida. Quanto mais pura for, melhor compreenderá a futilidade do que deixa na Terra.”* (idem, p. 150)

Uma separação que não é dolorosa para o espírito, uma vez que *“o corpo quase sempre sofre mais durante a vida do que no momento da morte”*. Na verdade, *“os sofrimentos que algumas vezes se experimentam no instante da morte são um gozo para o Espírito, que vê chegar o termo do seu exílio. Na morte natural, a que sobrevém pelo esgotamento dos órgãos, em consequência da idade, o homem deixa a vida sem o perceber: é uma lâmpada que se apaga por falta de óleo”*. (idem, p. 154) Uma separação que se origina a partir da ruptura (abrupta) ou de um processo em que os laços energéticos que mantinham unidos o espírito ao corpo vão se desatando, progressiva e lentamente, dependendo do tipo de morte.

A maior contribuição que o espiritismo apresenta é exatamente a sua visão positiva da morte. Como nos ensina Kardec (comentário à questão 155) *“Durante a vida, o Espírito se acha preso ao corpo pelo seu envoltório semimaterial ou perispírito. A morte é a destruição do corpo somente, não a desse outro invólucro, que do corpo se separa quando cessa neste a vida orgânica (...).”* A separação definitiva, muitas vezes, ocorre antes mesmo da morte física, mantendo-se apenas algumas funções orgânicas (o que dá novo sentido para compreender e condenar a manutenção artificial da vida de forma penosa e desnecessária). Mesmo em situações de morte violentas, a separação é muito rápida, advindo um estado de inconsciência de duração variável de acordo com o estágio evolutivo de cada criatura.

É possível fazer uma releitura do processo saúde-doença a partir de um modelo explicativo que permita conceituar e explicar sua determinação numa perspectiva mais ampla, que possa

resultar em posturas e práticas de intervenção alinhadas a essa corrente de pensamento. É desta maneira que práticas integrativas e complementares (e muitas das práticas fundamentadas no espiritismo) podem e têm sido utilizadas para produzir mais saúde. De qualquer forma, precisa partir, antes de tudo, do conceito de fraternidade e justiça social, envidando esforços para promover condições dignas de vida e acesso aos serviços de atenção à saúde a todos os cidadãos, entendendo a saúde como uma responsabilidade do Estado, da sociedade e de cada indivíduo, a quem cabe empreender mecanismos solidários de cuidado, individuais e coletivos, inclusive no tocante à proteção da natureza, destinados à promoção da saúde e ao alívio da dor e do sofrimento.

Um modelo ampliado de saúde agrega à nossa estrutura físico-mental a dimensão energética e espiritual. Trata-se de uma visão ampliada, que permite compreender a vida, a saúde, a doença e a morte como processos efetivamente regidos pelas leis da natureza. Mas pode ser, sobretudo, uma visão comprometida com a vida, na medida em que propugna agregar à estrutura físico-mental (formada pelo complexo físico-química e energético) a dimensão energética e espiritual, onde operam as estruturas psíquicas, mentais, cognitivas e a vontade. As duas profundamente interligadas, constituindo o indivíduo.

Abre-se, a partir destas possibilidades, diferentes entendimentos. A enfermidade pode ser explicada e enfrentada pelas escolhas, atitudes, hábitos e distintos modos de viver que cada um assume ao longo da vida (ou de suas vidas) . Mas, a medida que a vida, a doença e a morte são compreendidas como constitutivas da existência, o processo saúde-doença assume diversos significados que não são excludentes e não se conformam em regras a serem absolutizadas. A doença pode se expressar em distintas situações, como sofrimento, diversidade, perigo, sinal, estímulo ou oportunidade. Por vezes em profundas e complexas combinações.

Portanto, espiritualidade e religiosidade, livres das concepções de culpa e castigo, sem se contrapor a visão científica racional, de base materialista, abrem a possibilidade para a utilização racional de práticas integrativas e cuidados à saúde complementares. Obviamente é necessário levar em consideração que estas estão sujeitas a ação do efeito placebo e de outras interferências. Mas há evidências científicas acumuladas que demonstram a sua utilidade, particularmente em associação terapêutica positiva. Deve-se utilizar todo e qualquer benefício efetivo que possa satisfazer necessidades, melhorar a qualidade de vida, aliviar o sofrimento e proporcionar prazer e felicidade. Isto não deve obscurecer, entretanto, que a contribuição maior que se pode observar é a produção de sentido para a vida e a educação para a morte, permitindo novos sentidos a existência e a vida em sociedade e uma nova dinâmica de relações sociais.

Neste modelo ampliado, a saúde passa a ser uma capacidade (ético-pessoal) e não um resultado, um estado mais ou menos temporário de corpo, da mente, do espírito ou do que quer que seja. Inexoravelmente, coloca em pauta o tema da autonomia e da responsabilidade de cada sujeito com o processo de manutenção da sua saúde (física e mental). Dá, ainda, novo sentido para a vida e para morte, superando o velho paradigma da medicina clínica no qual o saber do “paciente” não faz parte do conhecimento científico acumulado (evidência), nem sua livre vontade influência na cura. Leva-nos, portanto, a conceber o tema a partir de novos referenciais, valorizando a responsabilização e a consciência sanitária.

Deve-se preferir a saúde substancial, como diz Berlinguer, do que a saúde instrumental. Buscar o bem estar, o sentir bem, o estar no mundo mais saudável, do que uma vida restrita às pressões com base em critérios de produtividade ou adaptação. A fragilidade vivida

conscientemente pelo homem, sua individualidade e seu relacionamento com os demais fazem da experiência da dor, da doença e da morte uma parte integrante de sua vida. A habilidade de lidar com essa trinca passa a ser de fundamental importância para sua saúde. Evidências científicas mais recentes indicam que quem está enfermo não perdeu necessariamente a saúde; quem está diante da morte pode enfrentá-la com saúde⁷⁰.

Desta concepção pode resultar uma nova postura ética, comprometida com a ideia de que é melhor acrescentar vida aos anos a serem vividos do que anos a uma vida precariamente vivida. Permite, a partir daí, estabelecer novos paradigmas para a saúde, que levem em consideração a necessidade de estabelecer novos estilos de vida, fundamentados no estímulo à autonomia, a constituição de sujeito e a construção de cidadania, como postulava Paulo Freire. Mesmo quem está diante da morte, a partir deste referencial, pode vivê-la com saúde e dignidade. Sem dicotomizar ou eleger como objeto exclusivo e prioritário do cuidado à saúde o corpo (ou seus órgãos). Indo além, permite repensar as práticas de cuidado, as terapias, a nossa responsabilidade individual, social (sanitária) e com o meio ambiente. Dimensões que o modelo biomédico não ousa abordar.

Nesta perspectiva passamos a compreender a singeleza do conceito de saúde expresso em Paccha Mama, para quem *“a saúde é a relação harmônica do indivíduo consigo mesmo, com a natureza e com os demais, na busca de uma tranquilidade espiritual”*. Quando nos preocupamos com o outro, com a sociedade, nos transformamos. Cuidar do outro nos revela a nós mesmo. Quando conhecemos o outro, conhecemos a nós mesmo. Creio que mais do que nunca vale observar os ensinamentos do Dalai Lama, que questionado sobre o que mais lhe surpreendia na Humanidade, respondeu: *“Os homens, porque perdem a saúde para juntar dinheiro, depois perdem dinheiro para recuperar a saúde. E por pensarem ansiosamente no futuro, esquecem do presente de tal forma que acabam por não viver nem o presente nem o futuro. E vivem como se nunca fossem morrer... e morrem como se nunca tivessem vivido”*.

A sinergia entre espiritualismo, espiritualidade e religião (se livres das dimensões de culpa e castigo) e a ciência, sem desprezar a oferta qualificada de “tecnologias duras” e “leve-duras”, mas valorizando as “tecnologias leves”, pode proporcionar à medicina do futuro mais condições para ajudar as pessoas a reconhecerem os fatores emocionais, energéticos e/ou espirituais sutis que podem predispor-los a determinados estados mórbidos e utilizar-se de práticas integrativas e complementares no processo de cuidado. Isto independe das religiões. Pressupõe a compreensão e vivência da espiritualidade e de um novo paradigma científico. Afinal, como propugna o pacifista e videomaker Alik Shahadah, *“Religião é a garrafa com rótulo. Espiritualidade é a coisa dentro dela. Muitos brigam pela garrafa e poucos desfrutam de seu conteúdo”*.

Referências bibliográficas

- ¹ HEGENBERG, L. **Doença: um estudo filosófico**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.
- ² SCLIAR, M. **Cenas Médicas: pequena introdução à história da Medicina**. Editora da Universidade. 2ª edição. Porto Alegre: 1996.
- ³ ECO, H. **O Nome da Rosa**. São Paulo, Record: 1986.
- ⁴ BERLINGUER, G. **A Doença**. Hucitec, São Paulo: 1986.
- ⁵ FOUCALT, M. **Microfísica do Poder**. Graal, Rio de Janeiro, 1986, 6a ed.
- ⁶ CREDIDIO, E. **Homeopatia: Doutrina e Prática**. Ed. Papirus, Campinas, 1987.
- ⁷ MERHY, E.E. **Capitalismo e Saúde Pública**. Papirus, Campinas, 1991.

-
- ⁸ ROSEN, G. **Da Polícia Médica à Medicina Social**. Graal, Rio de Janeiro, 1979.
- ⁹ FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.
- ¹⁰ CECILIO, LCO & LACAZ, FAC. **Trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2012.
- ¹¹ ROSEN, G. **Da Polícia Médica à Medicina Social**. Op. cit.
- ¹² CHIORO DOS REIS, AA. **A conformação da Saúde Pública**. Revista Estudos – ano 4 – nº 6, p. 109-114. Santos: Ed. UNISANTA, 2004.
- ¹³ COSTA, N.R. **Lutas urbanas e controle sanitário. Origens das políticas de saúde no Brasil**. Vozes, Petrópolis, 2ª edição, 1986.
- ¹⁴ FOUCALT, M. **Microfísica do Poder**. Op. cit.
- ¹⁵ ROSEN, GEORGE. **Uma História da Saúde Pública**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC/Ed. UNESP/ABRASCO, 1994.
- ¹⁶ DONNANGELO, M.C.F; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1979.
- ¹⁷ DONNANGELO, M.C.F; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. Op. Cit.
- ¹⁸ BERLINGUER, G. **A Doença**. Op. cit.
- ¹⁹ ALMEIDA FILHO, N; ROUQUAYROL, M.Z. **Introdução à Epidemiologia**. Medsi, 4ª Ed. Rio de Janeiro: 2006.
- ²⁰ ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia e Saúde**. Medsi, 6.ed. Rio de Janeiro: 2003.
- ²¹ POSSAS, C. **Epidemiologia e Sociedade**. São Paulo: Hucitec, 1989
- ²² LAURELL, AC (coord.) **Para la investigación sobre la Salud de los Trabajadores**. Washington: Organización PanAmericana de la Salud - Opas, 1993.
- ²³ ALMEIDA FILHO, N; ROUQUAYROL, M.Z. **Introdução à Epidemiologia**. Op. cit.
- ²⁴ OMS. Organização Mundial de Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Nova Iorque, 1946.
- ²⁵ BARROS, J.A.C. **Processo saúde-doença: a que responde o modelo biomédico?** São Paulo: Saúde e Sociedade 11(1): 67-84, 2002.
- ²⁶ BRASIL. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil**. DOU, 5/10/1988.
- ²⁷ BERLINGUER, G. **A Doença**. Op. cit.
- ²⁸ KARDEC, A. **O Livro dos Espíritos**. 116ª ed. IDE. Araras, SP, 1998.
- ²⁹ CHIORO DOS REIS, A.A. **Magnetismo, Vitalismo e o Pensamento de Kardec**. Santos: Ed. CPDoc, 1996.
- ³⁰ LUZ, M.T. **Natural, Racional, Social. Razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- ³¹ FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Op. cit.
- ³² OMS. Organização Mundial de Saúde. **Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, novembro de 1966. Disponível em: bvms.saude.gov.br/bvpublicacoes/carta_ottawa.pdf. Acessado em 16 de fevereiro de 2016.
- ³³ MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.
- ³⁴ MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Op. cit. Adaptado de EDWARDS, HENSHER & WERNEKE (1999).
- ³⁵ DROUOT, P. **Cura espiritual e imortalidade**. Rio de Janeiro: Record, 1996.
- ³⁶ TILBURG University - GESIS. **European Values Study**. Disponível em www.europeanvaluesstudy.com. Acessado em 30 de março de 2016.
- ³⁷ LUKOFF, D. **Toward a more culturally sensitive DSM-IV (psychoreligious and psychospiritual problems)**. The Journal of Nervous and Mental Disease, 180, 673-682; 1992.
- ³⁸ MILLER, W.R. **Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems**. Addiction, 93, 979-990, 1998.
- ³⁹ SULLIVAN, W.P. (1993). **It helps me to be a whole person: The role of spirituality among the mentally challenged**. Pshychosocial Rehabilitation Journal, 16, 125-134.

- ⁴⁰ HARDWIG, J. **Questões espirituais no fim da vida: um convite à discussão.** O Mundo da Saúde 2000 jul ago; 23 (4): 321-324.
- ⁴¹ BREITBART, W. **Espiritualidade e sentido nos cuidados paliativos.** O Mundo da Saúde 2003; 27(1): 45-57.
- ⁴² BREITBART, **Espiritualidade e sentido nos cuidados paliativos.** Op. cit.
- ⁴³ SOLOMON, R.C. **Espiritualidade para céticos: paixão, verdade cósmica e racionalidade no século XXI.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- ⁴⁴ HENNEZEL, M.; LELOUP, J.Y. **A Arte de Morrer.** Petrópolis: Editora Vozes, 2000.
- ⁴⁵ GUIMARÃES, H.P.; AVEZUM, A. **O Impacto da espiritualidade na saúde física.** Revista Psiquiatria Clínica., 34; 88-94, 2007
- ⁴⁶ FORNAZARI, S.A.; FERREIRA, R.R. (2010). **Religiosidade/Espiritualidade e Pacientes Oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde.** Psicologia: Teoria e Pesquisa. Abr-Jun 2010, Vol. 26 n.2, 265-272.
- ⁴⁷ GLEISER, M. **Conciliando ciência e religião.** Folha de São Paulo. Caderno Mais Ciência. 25 jun 2006: A-28.
- ⁴⁸ SLOAN W. **Há muita fé na ciência.** Veja., 7 fev 2007: 85.
- ⁴⁹ SERVAN-SCHREIBER, D. **Curar o stress, a ansiedade, a depressão sem medicamento nem psicanalise.** São Paulo: Sá Ed., 2004
- ⁵⁰ SEIDL, E.M.F.; TROCCOLI, B.T.; ZANNON, C.M.L.C (2001). **Análise fatorial de uma medida estratégica de enfrentamento.** Psicologia: Teoria e Pesquisa, 17, 225-234.
- ⁵¹ KOENIG, H.G.; PARGMENT, K.I.; NIELSEN, J. **Religious coping and helath status in medically ill hospitalizes older adults.** The Journal of Nervous and Mental Disease, 186, 513-521, 1998.
- ⁵² WHO, World Helath Organization. **Tradicional Medicine Strategy 2002-2005.** Geneve: WHO, 2002.
- ⁵³ BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.** DOU seção 1; 4/05/2006.
- ⁵⁴ LUZ, M.T. **Natural, Racional, Social. Razão médica e racionalidade científica moderna.** ^[SEP]Op. cit.
- ⁵⁵ LUZ, M.T. **Natural, Racional, Social. Razão médica e racionalidade científica moderna.** ^[SEP]Op. cit
- ⁵⁶ LUZ, M.T. **Natural, Racional, Social. Razão médica e racionalidade científica moderna.** ^[SEP]Op. cit
- ⁵⁷ CECILIO, LCO & LACAZ, FAC. **Trabalho em saúde.** Op. Cit.
- ⁵⁸ CECILIO, LCO & LACAZ, FAC. **Trabalho em saúde** Op. Cit.
- ⁵⁹ DONNANGELO, M.C.F; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade.** Op. Cit.
- ⁶⁰ LAURELL, A.C. "La salud-enfermedad como proceso social". Revista Latinoamericana de Salud, México, 2, 1982, pp. 7-25. Trad. E. D. Nunes.
- ⁶¹ BUSS, P.M. **Promoção da Saúde e Qualidade de vida.** Ciência e Saúde Coletiva, v.5, n.1. Rio de Janeiro, 2000. P. 163-167.
- ⁶² CECILIO, LCO & LACAZ, FAC. **Trabalho em saúde.** Op. Cit.
- ⁶³ LUZ, M.T. **Natural, Racional, Social. Razão médica e racionalidade científica moderna.** ^[SEP]Op. cit
- ⁶⁴ MERHY, EE. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.
- ⁶⁵ CECILIO, LCO & LACAZ, FAC. **Trabalho em saúde.** Op. Cit.
- ⁶⁶ CECILIO, LCO & LACAZ, FAC. **Trabalho em saúde.** Op. Cit.
- ⁶⁷ CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** Tradução de Maria de Thereza Redig de C. Barrocas e Luiz Octávio F. B. Leite. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.
- ⁶⁸ CECILIO, LCO & LACAZ, FAC. **Trabalho em saúde.** Op. Cit.
- ⁶⁹ CECILIO, LCO & LACAZ, FAC. **Trabalho em saúde.** Op. Cit.

⁷⁰ ILLICH, I. **A expropriação da saúde.** Nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.