

A Controvérsia sobre a Medicina Técnica e Humanizada em uma Consulta Pública sobre o Programa Mais Médicos

Cesar Augusto Aspiazu da Silva¹

Antônio Cecílio Barboni Júnior²

Wanderson Barbosa dos Santos³

Resumo: O artigo propõe uma discussão sobre medicina técnica e medicina humanizada a partir da experiência do Conselho Cidadão, um exercício de participação pública sobre a controvérsia a respeito do Programa Mais Médicos. O Conselho Cidadão foi realizado em 2015, na Universidade de Brasília, e teve o formato de grupo focal. A análise pautou-se nas ambivalências da prática médica que, discursivamente, estruturou-se na construção de fronteiras entre estas duas formas de se praticar medicina. Adotamos a noção de coprodução para compreender as construções discursivas dos participantes.

Palavras-chave: Medicina Técnica; Medicina Humanizada; Trabalho de fronteira; coprodução; Programa Mais Médicos.

1 Mestrando em Sociologia na Universidade de Brasília – UnB. Email: cesaraugustoads@live.com.

2 Mestrando em Sociologia na Universidade de Brasília – UnB. Email: barbonijunior@gmail.com.

3 Doutorando em Sociologia pela Universidade de Brasília – UnB. Email: wanderson_santos@outlook.com.

La controversia sobre la medicina técnica y humanizada en una consulta pública sobre el Programa Mais médicos

Resumen: El artículo propone una discusión sobre medicina técnica y medicina humanizada a partir de la experiencia del Consejo Ciudadano, desarrollado en formato de grupo focal cuya controversia giraba en torno del “Programa Mais Médicos”. El análisis se pautó en las ambivalencias de la práctica médica que, discursivamente, se estructuró en la construcción de fronteras. Al fin, adoptamos la noción de co-producción para comprender la formación discursiva de los participantes.

Palabras-clave: Medicina Técnica, Medicina Humanizada, Trabajo de frontera, Co-producción; Programa Mais Médicos.

The controversy on Technical and Humanized medicine at a Public Consultation on the Mais Médicos Program

Abstract: The article examines how the distinction between technical and humanised medicine was drawn during a public participation event entitled Citizen Council, which consisted of a focal group organized to debate the controversy over the Brazilian healthcare policy known as the “More Doctors Programme”. The analysis focuses on medical practice ambivalences, which, discursively, were structured through boundary-work practices. We adopted the notion

of co-production to explain the narratives on different types of medical practices put forward by the participants.

Key-words: Technical Medicine; Humanized Medicine; Boundary-work; Co-production; More Doctors Programme.

Introdução

Esse artigo busca analisar demarcações de fronteira nos discursos de profissionais do campo da saúde no que diz respeito à relação entre medicina técnica e humanizada. As qualidades declaradas pelos profissionais indicam diferenças nas características das práticas médicas, representadas na acepção de medicina técnica e medicina humanizada. Desse modo, apontar-se-á os traços distintivos entre estas duas formas do fazer médico a partir de algumas categorias de distinção entre ditas práticas. Propõe-se um quadro comparativo ao fim do artigo.

O material empírico examinado nesta pesquisa é proveniente da experiência do Conselho Cidadão, realiza-

do pelo Programa de Educação Tutorial de Ciências Sociais da Universidade de Brasília (PET/SOL-UnB) entre 2014-2015⁴. Esta investigação teve como foco as falas dos participantes no que tange às representações da prática médica.

O ambiente da discussão do Conselho foi fértil para reflexões acerca do saber médico, pois, apresentou os diferentes posicionamentos dos atores envolvidos no contexto da controvérsia em torno do PMM⁵. Isso se deveu à particularidade da forma como as reuniões foram organizadas e con-

4 O Conselho Cidadão consistiu em uma reunião de membros da sociedade civil, associações médicas, profissionais de saúde, pacientes e interessados nas controvérsias em torno do Programa Mais Médicos (criado através do decreto-lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013). Entre os assuntos debatidos ao longo do Conselho estão: Relação médico e paciente, infraestrutura da saúde pública, as limitações e potenciais avanços do Sistema Único de Saúde (SUS), os médicos do Programa Mais Médicos, questões trabalhistas dos profissionais da saúde, limitações e problemas do sistema da saúde, elementos ideológicos nas políticas públicas de saúde.

5 Nesse sentido, não se trata de um estudo de controvérsias clássico dos Estudos de Ciência, Tecnologia e Sociedade, isto é, controvérsias dentro da comunidade científica (p.ex.: Shapin, 1979; Collins, 2011) ou de controvérsias na esfera pública (p.ex.: Wynne, 1992; Epstein, 1995). O artigo se debruça sobre como a polêmica a respeito do PMM se desenrolou no Conselho Cidadão particularmente no que tange à delimitação de fronteiras entre medicina técnica e humanizada.

duzidas. Utilizou-se a metodologia do grupo focal. Foram realizadas sete reuniões, todas elas gravadas e tiveram os áudios, os quais foram utilizados nesta análise, transcritos⁶.

Há que se destacar que neste artigo nos detemos sobre os discursos proferidos ao longo do Conselho, de modo que não pretendemos finalizar o debate em torno da construção dos conceitos de medicina técnica e medicina humanizada. Nesse sentido, não dialogaremos diretamente com a bibliografia relacionada à prática médica, dado que neste trabalho foi analisada a dimensão discursiva do assunto⁷. Os traços que distinguem as duas formas de prática médi-

ca são apresentados aqui na ordem que surgiram nas falas dos participantes do conselho. Deste modo, não se pretende tomar posição frente a nenhum dos modos de fazer médico, mas sim compreender como a distinção do conceito de medicina foi construída pelos participantes do Conselho.

Como resultado do processo de interação entre os participantes, destacam-se os debates conflitivos entre concepções distintas de medicina. Essa dinâmica revelou um ambiente propício para a compreensão da controvérsia entre os tipos de medicina que, como assinalaremos aqui, os sujeitos expõem de maneira ambivalente.

Merton (1979) alude ao processo de “aprender a ser médico” como o aprendizado de um papel, de valores e de um modo da pessoa se relacionar com os seus pacientes e com os outros médicos. Esse “aprender a ser médico” tem como ambiente de transmissão de valores o momento no qual o profissional médico envolve-se no habitat da me-

6 O Conselho Cidadão foi organizado em sete reuniões com uma rotatividade de membros e com a sugestão de diferentes pautas a cada reunião. Os participantes foram contatados pelos integrantes do PET/SOL-UnB, seja acionando suas próprias redes de contato, seja indo a postos de saúde, hospitais, dentre outras instituições envolvidas com o sistema de saúde brasileiro. O número de participantes por reunião variou em torno de cinco membros por reunião, sendo, de modo geral, grande parte deles compostas por profissionais da área da saúde com ensino superior completo, entre eles: médicos formados no Brasil e em Cuba e enfermeiras e psicólogas que trabalham em hospitais e postos de saúde públicos do Distrito Federal.
7 Para discussões a respeito da relação médico-paciente a partir da prática ver Aciole, (2004); Almeida, (2000); Caprara & Rodrigues, (2004).

dicina e estabelece relações com seus pares. A ambivalência ocorre em uma série de instâncias sobre as quais o profissional deve procurar alcançar um meio termo. Dentre elas está a forma como lidar com a própria natureza humana. Assim sendo, o profissional deve procurar agir ou negando suas emoções, o que o faria perder a objetividade; ou procurando estabelecer um relacionamento, face ao paciente, mais pessoal e que vise atendê-lo de uma forma não mecanizada.

Entretanto, apesar dessa ambivalência no fazer médico parecer de fato constituir a prática cotidiana da medicina, proporcionando desafios na maneira em que os profissionais vão lidar com ela, foi possível perceber que, durante o Conselho Cidadão, discursivamente estabeleceram-se controvérsias e consequentes polarizações centradas nos discursos dos participantes. De acordo com a literatura da área, nota-se que parte delas dissolve-se na prática da relação médico e paciente à medida em que novos desafios e ambivalências sur-

gem no caminho desses profissionais, tornando impossível dissolver ou eliminar a posição tomada como oposta (ACIOLE, 2004; ALMEIDA, 2000; CAPRARA & RODRIGUES, 2004). Mas, neste artigo, nos interessa a forma como discursivamente surgem esses dois tipos de prática médica.

Sobre esses tipos que se definiram em oposição um ao outro havia, a depender da reunião e dos participantes presentes, polaridade discursiva por parte do Participante 1, que ditava o discurso que vamos aqui caracterizar como medicina técnica. Os outros participantes, por outro lado, marcaram oposição a esse discurso, defendendo aquilo que aqui caracterizamos como medicina humanizada. No decorrer do Conselho houve maior “adesão” ao segundo tipo de fazer médico⁸.

8 Como veremos mais adiante, o posicionamento humanizado teve maior “adesão” ou simpatia entre os participantes do conselho, pois, o próprio perfil desses indica uma maior proximidade ao tipo de fazer humanizado. Por exemplo, à exceção dos participantes formados em medicina, os demais integrantes do Conselho eram, de modo geral, psicólogos e enfermeiros que, como veremos a seguir, eram mais valorizados do ponto de vista de uma medicina humanizada. Essa característica pode ser mais bem compreendida com o destaque que a centralidade do médico tem na concepção de medicina técnica.

Para lidar com a controvérsia, utilizamos o conceito de “trabalho de fronteira” (GIERYN, 1995) que “descreve um estilo ideológico encontrado nas tentativas dos cientistas em criar uma imagem pública para a ciência contrastando-a com as atividades intelectuais ou técnicas “não científicas”. Nesse caso, interessa-nos compreender como se desenvolveram e se estabeleceram fronteiras entre as duas concepções de prática médica e, sobretudo, o porquê da forma como essa dinâmica se estabeleceu.

Gyerin define quatro características do *trabalho de fronteira*: monopolização (deve prevalecer um modelo científico que seja visto como mais adequado e, nessa medida, assumir uma posição hegemônica sobre outros), expansão (tentativa de expandir as fronteiras para um lugar já reclamado por outros modelos), expulsão (exclusão das fronteiras daquilo que é visto como legítimo de perspectivas que se opõem àquela hegemônica) e proteção (proteger recursos e privilégios, principalmente através de uma posição de privilégio entre aqueles

que fazem a política e que legitimam a concepção hegemônica). Nessa definição, Gieryn (1995) assume que as fronteiras não são estáticas, mas antes, fruto de disputas acerca de legitimidade, sendo configuradas e reconfiguradas, mudando historicamente e, inclusive, tomando caminhos ambíguos. Apon-ta-se ao longo do trabalho essas características de definição de fronteiras, destacando-se em maior ou menor grau para o estabelecimento do campo científico da medicina técnica.

Por fim, recorremos à noção de *coprodução* (JASANOFF, 2004; 2014), argumentando que a construção dessas fronteiras não está restrita à uma discussão do campo médico. Tal concepção indica que o fazer científico tem como pano de fundo um imaginário de ordem social que orienta as práticas, isto é, elas estão sempre coproduzindo essa ordem social. No caso analisado neste artigo, por mais que não analisemos as práticas médicas, esse imaginário permanece presente discursivamente, indicando como o exercício de estabelecer uma fronteira entre

a medicina técnica e a humanizada não tem interesse apenas em legitimar uma determinada forma de se praticar a medicina, mas também reflete visões de mundo díspares dos participantes.

Medicina Técnica

Desta feita, vale, sobretudo, destacar que na dinâmica do Conselho houve, por parte do que chamamos Participante 1, a tentativa de realizar um “trabalho de fronteira” na medida em que advogava a separação entre a medicina técnica e as demais ciências da saúde. O resultado foi a centralização do argumento em prol da medicina técnica na figura deste participante, o qual sempre sofreu objeção por parte dos demais membros. Ao longo da dinâmica do Conselho, as falas do Participante 1 foram indicando a presença de algumas características da sua visão de medicina. Identificamos os seguintes atributos de um fazer médico técnico: 1) Concepção de paciente como cliente; 2) Mediação da relação en-

tre médico e cliente por meio do dinheiro; 3) Centralidade da ciência médica no ambiente de saúde; 4) Isenção do “Eu”⁹.

O que caracteriza de forma mais fundamental a prática médica a partir da divisão que foi aqui explorada, foi como se estabeleceu a relação entre médico e paciente. No discurso do Participante 1, podemos perceber uma relação mais instrumentalizada na realização da medicina, como a de um serviço que está sendo vendido. O paciente, nessa abordagem, foi caracterizado na figura do cliente que pode pagar pelo serviço médico. O pressuposto desse posicionamento estaria presente tanto na visão de mundo dos médicos quanto dos pacientes. Segundo esse ponto de vista, ambos teriam clareza da necessidade de uma relação objetiva e, assim, eficiente.

“Não quer dizer que o médico responsável seja desumano. Não! Nós somos todos humanizados. Agora, há momentos em que há uma responsabilidade imensa no que você tá fazendo. (...) Eu não quero amor, eu não vim aqui pra ter amor. Eu

⁹ Vale ressaltar que a ordem de apresentação aqui não reflete qualquer hierarquia de importância dos elementos apresentados, mas tão somente a ordem em que eles foram acionados ao longo do Conselho.

vim aqui pra cuidar da minha saúde’.” (Participante 1, 2015)

“Então a clientela não é bem esse bobo louco que estão falando. A clientela quer, ela exige. Ela quer um profissional que saiba. Pode bater no ombro ou não, pode chamar de minha coisinha ou não, pode se equiparar ou não.” (Participante 1, 2015).

Nesse contexto, podemos observar como o Participante 1 maneja a noção de medicina humanizada a ponto de não negá-la enfaticamente, mas no argumento da objetividade e eficiência está o determinante para a não adoção de um ponto de vista humanizado. Para o participante que advogou em relação ao fazer médico técnico, foi comum o uso do termo “cliente” na referência ao usuário do sistema de saúde. A palavra “paciente” surgiu nas falas dos participantes que sustentaram a concepção humanizada, sendo pouco presente nas falas daqueles que advogavam em torno do saber técnico. Para os últimos, não haveria contradição entre os termos, pois, para os clientes que buscam serviços médicos, a relação entre pacientes e profissionais já estaria dada dessa maneira.

Assim sendo, o profissional técnico deveria atender às necessidades do paciente de maneira objetiva e incisiva, buscando sua melhoria imediata. O mercado deveria regular sua atuação de maneira que a competitividade e concorrência direta com outros médicos levariam a uma maior excelência no trabalho, pois, o mal profissional tenderia a ter menos clientes caso tivesse um desempenho pouco satisfatório.

Em contraposição ao argumento relacionado à regulação do mercado, os demais participantes, em especial o participante 2, utilizou-se do termo “mercantilismo” para replicar o posicionamento do Participante 1. Para o Participante 2, o atual cenário de precariedade da medicina no Brasil tem relação intrínseca com a priorização de retorno financeiro da classe médica que, do seu ponto de vista, teria como resultado a ausência de profissionais de saúde nas áreas mais carentes. O contra-argumento do Participante 1 foi:

“Então, médico tem que ser rico, como qualquer profissional

de nível superior, tem que ter dinheiro, tem que ganhar dinheiro, ele investe muito na vida dele. Ele tem muita responsabilidade. Que história é essa que médico tem que ser pobre, tem que se unir com o paupérrimo da Estrutural? Que isto? Ele está na Estrutural porque ele não teve condições de ser outra coisa. O dia que ele tiver ele vai sair de lá. Então o médico tem que ser pobre nada. Que mercantilismo? Não há nada que dê mais responsabilidade no médico que cobrar o seu ato. A medicina pública é irresponsável, é negligente, é omissa porque não tem dinheiro no meio” (Participante 1, 2015).

A parte final da fala destacada acima nos remete ao segundo ponto das características destacadas do caráter técnico da medicina. Refere-se à mediação pelo dinheiro na relação entre médico e cliente. Assim, pode-se compreender a alusão feita pelos participantes ao darem ênfase à noção de “cliente” e não de “paciente”. Porém, é interessante observar, sobretudo, que o dinheiro cumpre dupla função, pois, se por um lado ele serve como mediador das relações entre os sujeitos¹⁰ – no caso específico, entre o médico e o cliente – ele tem o caráter de dignificar a relação. Para o participante 1, a existência de dinheiro

10 Para ver mais sobre este assunto, ver Simmel(1958).

na relação faria com que o serviço fosse mais valorizado e que tivesse maior efetividade no sentido da resolutividade dos problemas do cliente. Portanto, o dinheiro deveria marcar a posição social privilegiada do médico, o que seria justificado principalmente pelo alto valor atribuído ao exercício da profissão médica¹¹. O Participante 1, entende que o fazer médico é por natureza destacado socialmente e por isso justifica seu valor:

“Então, eu vejo isso: nós não somos mercantilistas, nós temos que ter dinheiro mesmo... nossa família, nossos filhos... nós temos que fazer jus às nossas responsabilidades civis e sociais, não é?” (Participante 1, 2015).

Parte das desconfiças do participante 1 ao referir-se ao fazer humanizado toca no ponto de ser uma relação que é passível da não eficácia. O mercado e o dinheiro cumpriram esse papel de promotor da eficácia no sistema de saúde por meio da concorrência. Portanto, aqueles que oferecessem um serviço satisfatório para o cliente teriam maior demanda. É necessário apontar que esse participante privilegia em seu discurso a posição da medicina face às demais profissões associadas à saúde (enfermagem, psicologia, fisioterapia, dentre outras).

da e seriam reconhecidos como os melhores profissionais.

“Eu diria o seguinte: e se tudo fosse privado? Se o povo tivesse dinheiro para pagar essas coisas, se ele guardasse dinheiro para a poupança da sua saúde, sua aposentadoria, seria um outro mundo de responsabilidades e qualificações, ia ser um darwinismo constante na saúde, porque os ruins iam ser eliminados pelo mercado. O mercado é um grande regulador, o serviço público e gratuito ele abrange toda gente até o que não quer trabalhar, até o que diz ‘eu não gosto disso’, abrange todo mundo, assassino...depende de droga, esturador, todo mundo tá com o médico e enfermeiro de saúde no público, mas no privado não, o privado tem uma qualificação própria, vale o quanto pesa”(Participante 1, 2015).

Na citação acima, podemos observar que a visão de mundo do participante 1 indica muito além de uma concepção de sistema de saúde ideal; aponta para uma concepção de mundo ideal. Dito de outro modo, a forma como ele representa a prática médica está intimamente relacionada ao tipo de sociedade em que ele deseja viver. Assim, o *trabalho de fronteira* realizado pelo participante 1 ao mesmo tempo que produz uma determinada concepção de medicina, fornece também um modelo de sociedade (JASANOFF, 2004; 2014).

O ponto apresentado no atributo anterior explica partes das críticas desse participante ao Sistema Único de Saúde (SUS). Sua ineficiência foi explicada por conta da ausência do dinheiro na relação. O público pressupõe ausência da mediação de dinheiro, sendo, por esse motivo, passível da ineficiente e má qualidade. Para ele, caso o dinheiro estivesse envolvido na relação, tanto médico quanto os pacientes dariam mais valor ao serviço oferecido.

“Sistema de saúde tem que ter grana, tem que ter dinheiro! Não adianta ficar com esse palavatório de ‘vou fazer com reza forte’, não vai. Não vai. Tem que ter dinheiro, o médico tem que ganhar bem, tem que ter a sua posição definida numa equipe de saúde” (Participante 1, 2015).

O terceiro atributo observado relacionado à medicina técnica foi o da centralidade do médico no contexto de atendimento de saúde. A alegação feita por esse participante foi a de que “desconstruíram a figura do médico”, pois, segundo ele, houve um processo de abertura das funções do médico para outros profissionais, como, por exemplo, enfermeiros e psicólogos.

“Então, nós temos que ver com muita clareza essa questão: desconstruíram a figura do médico. Muito bem! O médico se afastou. Como um ser sensível, porque são dez anos no mínimo pra ele chegar na frente de um cliente, porque são seis de escola, dois de residência, quatro... Quer dizer, ele tá apto a chegar na frente de um cliente, né? Mas dizem: “não, não, esse profissional não, outros podem fazer o trabalho dele”. Não podem! Não podem! Acham que podem.” (Participante 1, 2015).

O médico precisaria estar em uma posição central tanto no consultório quanto no hospital, sendo grande parte das tarefas realizadas nesse ambiente de inteira responsabilidade desse profissional¹². Os demais profissionais de saúde realizariam atividades auxiliares, visto que a medicina é área exclusiva dos formados em medicina.

“Veja bem, o que eu digo aqui não é, a gente não está pedindo essa posição áurea não. Não é isso, a gente não quer ser o maior de nada, não é essa a figura que é traçada, não é ser

12 Há um aspecto importante nesse argumento, , uma vez que surge no contexto de defesa das fronteiras entre ciência e não ciência. Por exemplo, a enfermagem seria uma atividade apenas de auxílio e a medicina seria uma ciência. Logo, há um destaque para o que é ou não legítimo dentro do ambiente dos cuidados com a saúde.

maior e o menor, não é isso. É ser o técnico escolarizado para fins daquela atividade. É isso. O médico está ali, ele ficou seis anos na escola, fez a residência ou não fez, enfim... ele foi talhado para fazer aquele tipo de atividade. (...)Então nós não queremos pedestal, não queremos diferença de ninguém, não é essa a ideia, que somos maiores, não é isto a figura não é esta. A figura é que nós somos os técnicos que estudaram para esta finalidade. Os demais estudaram para serem auxiliares do médico, é isto” (Participante 1, 2015).

Ao se pensar a medicina na sociedade contemporânea, sobretudo a partir dessa centralidade conferida no discurso técnico, é possível identificar o esforço de monopolização, uma das formas que Gieryn aponta de se realizar o “trabalho de fronteira”. O monopólio, nesse caso, é requerido para a medicina em detrimento das outras áreas das ciências da saúde, como pode ser percebido na citação acima. Dessa forma, a figura do médico, na medicina técnica, é central e justificada a partir de uma longa e complexa formação, resguardada justamente na noção de ciência.

É justamente essa formação que deve ser boa e passar

em seguida por um processo de especialização, além de estar amparada por uma série de artefatos tecnológicos que auxiliariam a prática da medicina. Desse modo, o profissional da medicina técnica teria necessariamente que utilizar instrumentos científicos de ponta. Além disso, ele faria o trabalho de um especialista, ou seja, a boa prática médica não consistiria em uma medicina de atenção primária que visaria à prevenção, mas de caráter secundário, lidando com doenças e procurando curá-las a partir de um aparato tecnológico de última geração.

O argumento do Participante 1 também alude a uma “boa formação”, a qual estaria ligada a uma “família compromissada” e que tivesse cultivado no indivíduo algo próximo de uma “vocação”. A vocação aqui pode ser compreendida menos no sentido de pré-disposição para a aquisição de determinadas habilidades e mais em termos de capacidade de sociabilidade plenamente aceitável para um profissional médico. Uma das falas foi bastante elucidativa dessa noção:

“O curso não modifica o ser humano. Não modifica. Agrega uma série de informações técnicas, mas quando ele sai com autonomia, ele reproduz aquela coisa toda da infância e da adolescência no mundo. Uma família compromissada, culta, que produz um ser humano nesses moldes, esse ser humano vai ser médico e muito melhor ser humano do que outro que foi criado em uma situação completamente diferente. Vai ser grosseiro, violento, mal-educado, indiferente. Olha, é completamente diferente, por incrível que pareça. Não modifica. O curso de medicina não modifica, com raríssimas e honrosas exceções. Então, ser elitista e um perfil elitizado como substituto de pessoa culta e compromissada é um benefício para o paciente, sem dúvida alguma” (Participante 1, 2015).

Seguindo o passo, caminhamos para o último ponto: a isenção do Eu. A restrição dos aspectos do humano aponta para uma neutralidade do profissional, mas ainda mais para uma possibilidade da técnica reprimir o lado emocional rumo a uma objetividade profissional. A ideia de humanização é criticada, nesse contexto, pela forma vaga como é apresentada:

“Uma coisa é responsabilidade técnica, outra coisa é humanizar a relação. Humanizar a relação tem várias definições. Não sei se é entrar na casa das pessoas, tomar café com as pessoas, ver televisão com as pessoas, comentar novela com as pessoas é humanizar, é humanização” (Participante 1, 2015).

Além disso, o Participante 1 defende que humanizar pode levar à admissão do erro ao qual os humanos estão submetidos. Todavia, em sua concepção, a possibilidade de falhar seria inadmissível. O distanciamento que o médico promove com relação ao paciente baseia-se em uma noção de objetividade que deve ser pressuposto da prática médica. É um distanciamento crítico que centra na biologia enquanto chave para compreensão do estado de doença do indivíduo e que por isso mesmo não vê necessidade de se atentar à singularidade do paciente.

O distanciamento do “eu humano” significa um distanciamento da esfera subjetiva no momento do trabalho e um modo de fazer a medicina totalmente “isenta de emoções”. As emoções, portanto, teriam um efeito prejudicial na prática médica: *“Tem que ser técnico, tem que ser técnico, não pode ter emoções (...)”* (Participante 1, 2015).

O médico, durante sua formação, passaria por uma série de provações pessoais e profissionais. Ao longo desse processo de

formação, o sujeito aprenderia a distanciar-se de suas emoções, isentar-se do seu “Eu”. A formação técnica e o distanciamento do “Eu” afastaria as possibilidades de erros profissionais. Sendo assim, a técnica seria uma forma de controle do humano frente aos problemas enfrentados pelos médicos na prática.

“Não é que deixa de ser humanizada quando é técnica. Não é técnica, ela tem os atributos técnicos, mas isenta do meu eu, do meu eu. Eu tenho que fazer tudo certo e da primeira vez e me esforçar ao máximo pra que minha técnica não leve a erro, eu tenho que exercer a minha técnica corretamente. Se ela estiver errada, a minha formação estiver errada, eu vou cometer erros com consequência. Todo mundo é humano, o erro é universal, mas algumas atividades em alguns momentos, não podem ter erros. Médicos não podem cometer erros não” (Participante 1, 2015).

Ainda sobre este assunto, a concepção de formação técnica tem ainda uma outra face que diz respeito ao controle de “pulsões” humanas. Há um consenso entre os participantes de que o humano é passível de erro, porém, ao utilizar-se da técnica, a possibilidade de erro médico estaria reduzida.

Confluem no processo de formação do médico todos os atributos mencionados até aqui. O profissional com formação

técnica adquiriria as qualidades destacadas por meio da socialização tanto na sua graduação quanto em sua residência. Como resultado final da formação o erro passaria a ser menos provável.

“Nós temos que assumir a medicina como uma técnica, até grosseiramente falando, isenta de emoção, até grosseiramente falando, não estou falando desumanizada, tô falando isenta de emoção, o médico não pode errar não, ele não é deus, nada é deus, deus é único, mas eu não posso tá no meu consultório, no meu ambulatório ou na minha emergência na concepção que eu posso errar, eu não posso admitir isso eu não posso admitir que eu posso errar...que eu sou humano eu posso errar, se eu entrar na minha atividade com essa possibilidade, eu posso causar uma série de danos a uma série de pessoas... porque eu sou falível, eu vou dar voz para o meu inconsciente que eu sou falível, eu não sou deus, agora eu sou humano eu posso falhar, eu posso...não, não, eu acho que não pode...o curso de medicina durante esses seis anos com residência e tal, taldez anos de estudo como falaram aí...serve para nos qualificar com não erro, o erro vai fazer parte por conta de uma variável incontrolável que vai acontecer, a própria biologia das doenças, mas que nós possamos falhar porque somos humanos, eu não vejo dessa forma” (Participante 1, 2015).

Medicina Humanizada

A relação de características e condições necessárias

para a realização e promoção de uma prática médica humanizada apareceu durante as reuniões do Conselho Cidadão revestida nas mais diversas formas de exposição. Pode-se elencar alguns requisitos aludidos pelos participantes que nos ajudam a compreender a concepção de medicina humanizada tal como ela apareceu no Conselho. São eles: 1) Que a formação médica propicia o acesso a uma medicina ligada à prevenção e foco na pessoa; 2) um sistema de saúde que não somente mantenha, mas também promova as práticas de assistência de saúde voltada à atenção primária; 3) a consideração de aspectos culturais para a assistência na prevenção de doenças; 4) críticas às práticas estritamente técnicas e sua tendência à “mercantilização”¹³.

Em relação à preparação do profissional de medicina com foco na prevenção, alguns participantes discorreram

¹³ A alusão ao termo “mercantilismo” surgiu durante várias reuniões do Conselho Cidadão, principalmente como crítica às formas de medicina que visam somente o benefício individual dos pacientes. Esse posicionamento gerou uma série de respostas por parte dos demais participantes. De qualquer maneira, a aceção do termo merece destaque e por esse motivo o colocamos na forma com que ele apareceu nas reuniões.

sobre o problema da construção curricular do médico no Brasil. Segundo eles, na formação em medicina há uma orientação do estudante para o encaminhamento à atenção secundária, ou seja, à formação em alguma especialidade.

“Acho que uma grande debilidade que a gente tem é que nossos médicos não são tão formados, não tem formação pra trabalhar em saúde da família, geralmente são clínicos gerais ou especialistas em alguma área - pediatria, clínica médica, ginecologia - mas não tem formação com médicos de famílias. Isso é uma trava conceitual e na formação que acaba prejudicando muito essa questão da atenção primária” (Participante 2, 2015).

A “trava conceitual” mencionada pelo Participante 2 liga o médico ao todo, a saber, ao sistema de saúde. Para os participantes mais alinhados ao posicionamento de uma medicina humanizada, o sistema de saúde deveria fomentar a prática preventiva por meio de políticas públicas. Houve diversas alusões a programas já existentes, como, por exemplo, o Programa Saúde da Família – PSF¹⁴. Todavia, 14 O PSF foi criado pelo Ministério da Saúde através da portaria nº 648 de 28 de março de 2006, no intuito de reorganizar a atenção básica no Brasil. Este programa tem como objetivo realizar práticas preventivas

para os participantes, o Programa não recebe a atenção que merece, tendo sua importância no contexto nacional colocada em segundo plano. Além disso, em suas falas, eles alegaram que o redirecionamento do olhar da política pública de assistência de saúde poderia trazer melhorias ao sistema caso o foco mudasse da “cura” para a “prevenção”:

“Eu acho que contribui também pra essa questão o fato de nosso sistema de saúde esteja voltado pra questão curativa e não para a questão preventiva, de promoção de saúde. Então isso na formação do médico na Universidade ele está sendo formado para ir pra atenção secundária, para curar.” (Participante 2, 2015).

Nesse sentido, o foco na atenção básica, na medicina preventiva e, principalmente, o cumprimento de uma política pública voltada à atenção primária de saúde, seriam elementos basilares para uma concepção de medicina humanizada. Dentro dessa visão macro da saúde estão inseridos características da relação médico-paciente. Por exemplo, o tempo de atendimento e o fator da “escuta”. Assim, em certo de saúde através da atenção de saúde primária. O objetivo é atuar sobre o sistema de saúde público, evitando que problemas de baixa complexidade e que podem ser prevenidos sobrecarreguem o serviço.

sentido, os posicionamentos apontam para que essa relação seja mais simétrica, o que dependeria fundamentalmente do posicionamento mais humanizado do profissional de saúde.

A ênfase no caráter comunicativo do atendimento é amplamente defendida pelos profissionais que argumentaram em defesa da medicina humanizada. A comunicação aqui refere-se a algo que conecta o médico e seus pacientes e que dá os subsídios para o entendimento de fatores não aparentes que estão por trás dos problemas de saúde. A compreensão é que um ambiente mais acolhedor pode deixá-los mais à vontade para dizer o que realmente está acontecendo, o que talvez, em uma consulta rápida, possa passar despercebido:

“Eu vejo, que, por exemplo, os pacientes na Estrutural, às vezes eles também chegam muito bravos, não é por causa da situação, lógico! As coisas não funcionam, não tem remédio, não tem isso, não tem aquilo. Eu chego, já chego assim: já vem armado, né, já vem armado e tudo. Mas se você for para ele com carinho, que é o que nós psicólogos sabemos muito bem fazer, né? Então ele muda totalmente e o que essa população é, é carente. Mas não é só de dinheiro, nem de comida, é de afeto também, porque a vida toda eles sofreram violência, sofreram... né?” (Participante 3, 2015).

Ou ainda nessa mesma lógica:

“A minha experiência com os médicos de Cuba é: a gente percebe que, me desculpa ele, que ele é médico. Mas a gente percebe que muitas vezes o paciente ele chega ali, ele nem tá doente, a doença dele é a carência, ele só quer ser ouvido, você para e ouve essa pessoa três minutos ela já sai dali melhor. Então, assim, os médicos de Cuba têm essa característica, eles ouvem melhor o paciente, os pacientes que são atendidos por eles falam: ‘Nossa, é muito educada, é humana, me escuta e tal’”(Participante 4, 2015).

Em maior ou menor grau, surgiram críticas à infraestrutura de saúde pública do país, mas sua suficiência ou não foi relativizada com base na ideia de uma “medicina feita com pouco”. Nesse caso, as experiências internacionais dos médicos formados no exterior pesaram na exposição desse argumento. O programa de envio de médicos cubanos para outros países foi acionado com centralidade, pois ele geralmente encaminha seus profissionais para países com déficit não só em profissionais médicos, como também com limitações estruturais e econômicas. Por esse motivo, a formação do médico em Cuba é um diferencial, visto que o lidar

com pouco apareceu como característica “normal” de atuação:

“Eu acho que na medida geral a estrutura é boa. Não é ótima, e não é muito boa. Ela é boa. Poderia ser melhor. Claro que poderia. Mas nosso grande problema é estrutural, no sentido conceitual de gestão. Acho que nosso grande problema está aí. Porque a estrutura de atenção primária não precisa ser uma estrutura sofisticada e nem com muito instrumental, e nem com muito, é mais questão profissional mesmo e desenvolver o que tem que ser feito” (Participante 2, 2015).

Pode-se notar uma distinção entre a forma de lidar com a tecnologia nas concepções técnica e humanizada. Nesta última, nota-se uma relativização do uso da tecnologia, de forma que ela não assuma a centralidade que possui de medicina técnica.

Assim, chegamos ao terceiro ponto, focalizando os aspectos relacionados à cultura. Em parte, ele alude ao que anteriormente foi apontado para as mudanças comportamentais entre médico e paciente. Contudo, cabe precisar outras condições colocadas pelos participantes. O elemento central foi a compreensão contextual dos pacientes, ou seja, em que condições históricas e culturais eles estão imersos e, a partir

daí, quais medidas devem ser tomadas para o seu atendimento. No fundo, esse argumento debate sobre o conhecimento prévio da população assistida para a melhor adequação do seu acolhimento. Decorrente desse ponto de vista, o foco da assistência médica humanizada deveria ser deslocado da doença para a pessoa, partindo daí alguma espécie de suporte preventivo. Isso implica no fato de que o conceito de paciente seria muito limitado para dar conta de que aquele indivíduo não está restrito à condição de doente na relação com o médico, dado que possui vivências a serem consideradas na consulta.

“Agora tem um conceito importante que eu não sei se caberia aqui nessa questão da relação médico paciente, que é a questão médico paciente mais centrada na pessoa e menos da doença. Dialoga com essas questões aqui da medicina puramente técnica e da medicina mais humanizada. Então não sei se caberia a gente colocar uma medicina mais centrada na pessoa e menos na doença” (Participante 2, 2015).

O quarto ponto destacado nesta seção conduz às críticas sobre a “mercantilização” da medicina. De início, cabe ressaltar que as observações foram feitas ao

“elitismo médico” no Brasil, sendo até mencionado o fato desse profissional, de modo geral, ser advindo das classes mais abastadas de nossa sociedade. Contudo, não seria um problema deste ser de classe X ou Y, sendo mais problemática sua formação para uma medicina mercantilista:

“Só que considero que, pelo menos na minha visão da medicina, tem alguns elementos que eu acho que são incompatíveis. Quando a gente fala de humanizar e se referir ao paciente como cliente, pelo menos na minha concepção, na minha formação médica, há uma contradição em si nesses conceitos. Porque o cliente, quando a gente fala de cliente a gente fecha em si algo que você paga pra receber. É aquela questão mecanizada. Eu te pago tanto, você me dá esse serviço” (Participante 2, 2015).

Nesse ponto, pode-se compreender a crítica a partir da percepção de que os médicos formados no Brasil tendem a preferir trabalhar em hospitais privados em detrimento dos públicos. Os participantes apontam como indícios explicativos para isto a remuneração baixa - em comparação ao setor privado -, a falta de estrutura adequada para o atendimento, a inflação da demanda médica no Brasil e também as desigualdades regionais e entre cidade e campo. O déficit no coeficiente de

médico por habitante nas regiões rurais e periféricas do Brasil se comparadas com os grandes centros urbanos é apontado por esses participantes como forma de corroborar seus argumentos. Dessa maneira, essa crítica aponta para falhas no mercado, pois mesmo recebendo uma remuneração elevada (remuneração nos parâmetros da renda média do brasileiro), os limites estruturais da localidade podem ser impeditivos para a fixação em postos de trabalho, por exemplo, no interior do país.

Aqui o argumento pode ser aproximado a uma crítica do sistema capitalista, em que, no caso da medicina, o usuário flutua entre a posição de cliente, regida pela lógica do mercado, e a de paciente, regida pela noção de direito a um serviço público de saúde. A tecnologia entra nesse processo como forma de potencializar o tempo, visando a mais-valia e, conseqüentemente, substituindo o trabalho vivo (MARX, 2013). Nesse caso ressaltam-se as implicações negativas desse processo:

“Quando eu falo de médicos mercantis eu não falo de todos os médicos. Não generalizo em todos os médicos do Brasil

porque eu tenho certeza que a maioria são médicos com formação excelente, humanos. Com certeza a maioria deles são. Mas a gente não pode negar que tem uma parcela, tem uma parcela desses colegas que têm essa visão mercantil. Mercantilizada do ser humano. Que só valoriza o ato de atendê-lo, de cuidá-lo se houver dinheiro no meio. Então, eu acho, pra mim... vejo que não mudaria nada no SUS se a gente cobrasse dinheiro das pessoas” (Participante 2, 2015).

O mesmo raciocínio que fundamentou os apontamentos pregressos em relação ao fazer médicohumanizado tem, como alicerce, a noção de uma impossibilidade do império da técnica sobre o agir humano. Impossibilidade vista ao partir da noção de que o ser humano, a princípio, não teria como se dissociar de sua “humanidade” ao adotar o posicionamento puramente técnico.

“No final das contas conta muito, isso que ele falou que a gente conseguir algum dia reduzir o trabalho médico a uma questão meramente técnica, eu tenho minhas dúvidas que a gente consiga fazer isso algum dia, porque afinal de contas a gente sempre vai ser seres humanos, e seres humanos estão tão transbordados quase sempre por emoções que quase sempre não conseguem controlar. Acho que a missão do médico é conseguir controlar todas as emoções para atuar com firmeza independente das situações que requerem” (Participante 2, 2015).

A Participante 3 também argumenta nesse sentido, de forma a reconhecer que os erros são recorrentes no exercício da medicina, que são mesmo inevitáveis pela própria incapacidade das pessoas de não falhar, ainda que a classe médica se esforce no sentido de evitar essa imagem:

“É uma vida humana que tá na nossa mão. Entende? Mas tampouco é um Deus. É um ser humano igual a qualquer outro. Ser humano somos todos, mas ser humanista são poucos, infelizmente. E erros médicos existem desde que o mundo é mundo. Porque não é um Deus. É uma pessoa que tem... que erra como qualquer outra pessoa. Só que como há uma corporação médica no Brasil, esses erros médicos são encobertos.” (Participante 3, 2015)

As pessoas envolvidas com a medicina, nessa visão, não podem ser juízes imparciais que, a partir das condições objetivas e, por conseguinte, da apreensão de sinais e sintomas observáveis, baseados no método de anamnese (interrogatório dirigido e taxonomia das doenças), bem como através da semiotécnica (ferramenta diagnóstica que usa os sentidos para corroborar ou não o raciocínio taxonômico), será capaz de conferir a sentença - diagnóstico

e tratamento da doença (ACIOLE, 2003). A desconsideração de aspectos psicológicos, sociais e culturais se mostraria nesse sentido uma grande lacuna, seja porque a biologia não esgota em si o procedimento médico, ou porque a própria definição e percepção da doença é também uma variável.

“Acho que a missão do médico é conseguir controlar todas as emoções para atuar com firmeza independente das situações que requerem. Então uma coisa na medicina que a gente esquece às vezes com essa visão muito técnica das coisas que a gente lida com questões imponderáveis, a doença é algo imponderável, nada garante que uma pessoa saia de uma clínica, gaste 50 reais fazendo exames e amanhã ela não adoça e morra, nada garante, então tem questões que são imponderáveis” (Participante 2, 2015)

O argumento é de que estabelecer uma relação mais subjetiva com o paciente não implica necessariamente no risco do médico internalizar os problemas de seus pacientes, ou mesmo de se permitir errar ao reconhecer sua imperfeição. Segundo os participantes que advogaram em defesa da medicina humanizada, o tratamento dos pacientes torna-se mais completo e efetivo por meio de uma compreensão mais ampla de suas realidades.

Considerações Finais

Ao longo do Conselho notamos a existência de duas concepções de atuação no campo da saúde, a saber, medicina técnica e humanizada. Para nós, evidentemente, não se trata apenas de compreender como discursivamente são expressos os diferentes saberes da saúde de forma ambivalente. Além disso, há elementos de legitimação entre a conformação de práticas médicas, sendo a noção de ciência aquela capaz de conferir tal credibilidade. O resultado do confronto entre essas concepções, conforme pode-se observar no decorrer desse artigo, envolve um esforço em produzir fronteiras entre o que é boa ciência e má ciência. Nesse sentido, por trás da discussão entre esses diferentes tipos de fazer clínico criou-se uma representação capaz de transmitir para outras pessoas a autoridade intelectual da medicina técnica. Para isso foi fundamental, antes de mais nada, a imagem do que não é a ciência mais do

que aquilo que é a ciência, uma retórica que torna mais fácil a delimitação dessas fronteiras (GIERYN, 1983). Essa dinâmica foi marcada pelo elemento de exclusão, apresentado ao longo desse trabalho no discurso da medicina técnica, e que reforça, por outro lado, o espaço de centralidade do médico na saúde.

Na tentativa de apresentar de maneira mais sistematizada a forma em que os discursos em torno da controvérsia entre medicina técnica e humanizada se estabeleceram, sobretudo nessa dinâmica de *trabalho de fronteira*, elaboramos o seguinte quadro comparativo. Nele destacam-se categorias que melhor elucidam os posicionamentos tomados ao longo do conselho cidadão.

Quadro comparativo das categorias entre medicina técnica e humanizada

	Medicina Técnica	Medicina Humanizada
Em relação à pessoa	Cliente	Paciente/Pessoa
Mediação	Dinheiro	Saúde acessível/ gratuita
No ambiente de saúde	Centralidade do médico	Atuação horizontal entre os profissionais de saúde
Na prática profissional	Isonomia do Eu	Controle do Eu
	Curativa	Preventiva
Recursos tecnológicos	Maior necessidade de aparatos tecnológicos	Menor necessidade de aparatos tecnológicos

Se por um lado o quadro acima evidencia categorias representativas dos discursos sobre o fazer médico, por outro é possível perceber que o debate entre os participantes não se encontra restrito ao campo médico, ou científico de maneira geral. Isso se dá porque “a forma como entendemos e representamos o mundo (tanto natureza quanto sociedade) são indissociáveis da forma como escolhemos viver nele” (JASANOFF, 2004, p. 2– 3). Ou seja, há aí uma dimensão moral na forma como lidamos com a ciência e a tecnologia, na medida em que elas não podem deixar de refletir a forma como desejamos nosso próprio mundo. Jasanoff (2004; 2014) ao abordar a noção de *coprodução*, inclusive, aponta na direção de pensá-la em consonância com a ideia de *trabalho de fronteira*.

Outros trabalhos na sociologia do conhecimento científico, como Collins (1985) sobre “conjuntos nucleares” e Gieryn (1999) sobre “trabalho de fronteira”, amplificaram essas ideias, sublinhando o papel das práticas mundanas na estabilização e delimitação das políticas da ciência e na definição das formas últimas de vida dos cientistas. (JASANOFF, 2014, p. 30).

Nesse sentido, a dinâmica de controvérsias que emergiram durante o Conselho não pode ser entendida apenas como uma expressão ambivalente de visões da medicina. É possível identificar também confrontos entre visões distintas sobre como a sociedade deve ser organizada. Em diversos momentos, a forma como os participantes concebiam a prática médica mais adequada estava diretamente ligada à forma como eles imaginavam um mundo ideal. Isso porque, se há um processo de “aprender a ser médico” que passa por uma série de ambivalências, como indica Merton, os indivíduos que passam por ele, mas também aquelas que por outros meios refletem sobre a medicina, não estão em condição de tabulas rasas, mas antes possuem e refletem valores que estão em consonância com imagens de mundos desejados, agindo na realidade, de acordo com seus imaginários sociais.

Um exemplo que evidencia esse processo está na presença ou não do dinheiro como elemento fundamental para se

desenvolver a medicina. Quando o participante 1 argumentou que o médico devia ganhar muito dinheiro, ou mesmo que toda consulta deveria ser cobrada, ele não tinha em mente apenas a medicina; ainda que ela fosse, obviamente, o objeto da sua exposição. Para ele, o dinheiro cumpre uma função fundamental de seleção daquelas pessoas que têm mais mérito, sendo capaz de regular as relações sociais a partir desse indicador, e impedir que todas as pessoas, independentemente do esforço, usufruam de forma igual dos mesmos benefícios. Somado à lógica do dinheiro como elemento dignificante da relação médico-paciente, está o mercado como regulador da qualidade do atendimento médico, esboçando, assim, uma visão de mundo liberal.

Essa forma discursiva de coproduzir uma visão sobre a medicina e sobre a ordem social está em oposição direta a de outros participantes, que, pensando a partir de uma lógica mais comunitarista, veem a necessidade da área de saúde ser capaz de atender a todos de forma igualitária. O dinheiro, nesse sen-

tido, não desempenharia um papel de seleção dos melhores, mas, antes, de exclusão. Acrescenta-se a isso a desconfiança com relação à capacidade do mercado de cumprir a função defendida pelo participante 1, de modo que esses participantes argumentaram em defesa de um serviço público de saúde que esteja centrado na atenção primária. O caminho a que parece levar esse argumento é o do Estado de Bem-Estar Social como solução para os problemas que podem emergir caso a medicina seja deixada puramente aos cuidados do mercado.

Para concluir, deixamos o indicativo que os atributos referentes ao fazer técnico e ao humanizado expressam visões de mundo apresentadas discursivamente pelos participantes do Conselho. Esses posicionamentos são essenciais para compreender como se dão as controvérsias nos discursos, sendo que estes transcendem o debate puramente científico, acionando dimensões políticas, ideológicas, culturais e sociais, o que acaba por realçar a posição de polaridade entre os dois

tipos de medicina aqui definidos. A argumentação examinada torna isso ainda mais evidente, principalmente, porque o material utilizado para alicerçar esta análise foi proveniente de um conjunto de grupos focais. Desse modo, a análise teve-se nas práticas discursivas dos participantes, podendo ser a dimensão prática do fazer médico melhor explorada através de um trabalho etnográfico, o qual poderia elucidar outras questões sobre as ambivalências da prática médica.

Referências bibliográficas

ACIOLE, Gurgel Aciole. **O lugar, a teoria e a prática profissional do médico: elementos para uma abordagem crítica da relação médico-paciente no consultório.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.8, n.14, p.95-112, 2004.

ALMEIDA, M. J. **Tecnologia e medicina: uma visão da Academia.** Bioética, v.8, n.1, p.69-78, 2000.

CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. **A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.139-146, 2004.

COLLINS, Harry & PINCH, Trevor. **Doutor Golem: como**

pensar a medicina. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

COLLINS, Harry. **Mudando a Ordem: replicação e indução na prática científica.** Belo Horizonte: Fabrefactum, 2011.

EPSTEIN, S. **The Construction of Lay Expertise: AIDS Activism and the Forging of Credibility in the Reform of Clinical Trials.** Science, Technology, & Human Values, Vol. 20, No. 4, p. 408 – 437, 1995

GIERYN, Thomas. **Boundaries of Science.** In: JASANOFF, Sheila; MARKLE, Gerald E.; PETERSEN, James C.; PINCH, Trevor. Handbook of science and technology studies. Londres: Sage, 1995.

_____. **Boundary-work and the demarcation of science from non-science: Strains and interests in professional ideologies of scientists.** American sociological review, p. 781-795, 1983.

JASANOFF, Sheila. **Future Imperfect: science, technology, and the imaginations of modernity.** In: JASANOFF, Sheila; KIM, Sang-Hyun. Dreamscapes of Modernity : sociotechnical imaginaries and the fabrication of power. Chicago: University of Chicago Press, 2015.

_____. **Ordering knowledge, ordering society.** In: JASANOFF, Sheila. States of Knowledge: the co-production of science and social order. Nova Iorque: Routledge, 2004.

_____. **The idiom of co-production.** In:

JASANOFF, Sheila. **States of Knowledge: the co-production of science and social order**. Nova Iorque: Routledge, 2004.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política - livro I**. São Paulo: Boitempo, 2013.

MERTON, Robert. **A ambivalência sociológica e outros ensaios**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1979.

SHAPIN, Steven. **The Politics of Observation: cerebral anatomy and social interests in the Edinburgh phrenology disputes**. *Sociological Review*, vol. 27, issue 1, p. 139-178, 1979.

SIMMEL, Georg. **Filosofia del dinero**. 6. ed. Berlin: Duncker & Humblot, 1958.

WYNNE, B. **Misunderstood misunderstanding: social identities and public uptake of Science**. *Public Understand*, p. 281 -304 1992.