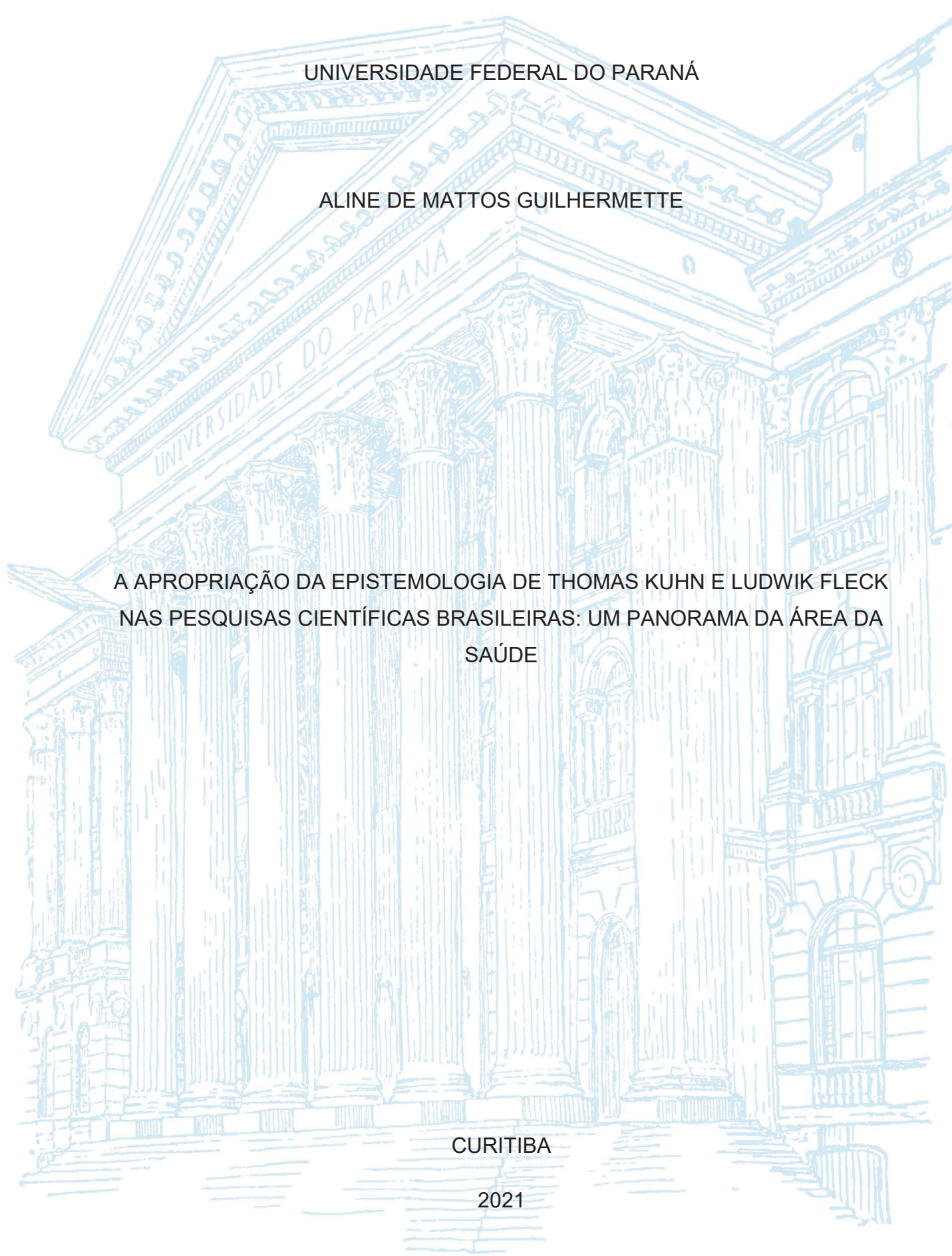




UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ALINE DE MATTOS GUILHERMETTE

A APROPRIAÇÃO DA EPISTEMOLOGIA DE THOMAS KUHN E LUDWIK FLECK
NAS PESQUISAS CIENTÍFICAS BRASILEIRAS: UM PANORAMA DA ÁREA DA
SAÚDE

CURITIBA

2021

ALINE DE MATTOS GUILHERMETTE

A APROPRIAÇÃO DA EPISTEMOLOGIA DE THOMAS KUHN E LUDWIK FLECK
NAS PESQUISAS CIENTÍFICAS BRASILEIRAS: UM PANORAMA DA ÁREA DA
SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências e em Matemática, Setor de Ciências Exatas, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção de título de mestre em Educação em Ciências e em Matemática.

Orientadora: Profª Drª Joanez Aparecida Aires

CURITIBA

2021

Catálogo na Fonte: Sistema de Bibliotecas, UFPR
Biblioteca de Ciência e Tecnologia

G956a Guilhermette, Aline de Mattos
 A apropriação da epistemologia de Thomas Kuhn e Ludwik Fleck
 nas pesquisas científicas brasileiras: um panorama da área da saúde
 [recurso eletrônico] / Aline de Mattos Guilhermette – Curitiba, 2021.

 Dissertação - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências
 Exatas, Programa de Pós-graduação em Educação em Ciências e em
 Matemática.

 Orientadora: Prof^{ta} Dr^a Joanez Aparecida Aires

 1. Epistemologia. 2. Kuhn, Thomas S., 1922-1996. 3. Fleck,
 Ludwik, 1896-1961. I. Universidade Federal do Paraná. II. Aires,
 Joanez Aparecida. III. Título.

CDD: 121

Bibliotecária: Roseny Rivelini Morciani CRB-9/1585

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS E EM MATEMÁTICA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **ALINE DE MATTOS GUILHERMETTE** intitulada: **A APROPRIAÇÃO DA EPISTEMOLOGIA DE THOMAS KUHN E LUDWIK FLECK NAS PESQUISAS CIENTÍFICAS BRASILEIRAS: UM PANORAMA DA ÁREA DA SAÚDE**, sob orientação da Profa. Dra. JOANEZ APARECIDA AIRES, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 01 de Dezembro de 2021.

Assinatura Eletrônica

01/12/2021 17:07:28.0

JOANEZ APARECIDA AIRES

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

01/12/2021 18:07:19.0

AIDA MARIS PERES

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

01/12/2021 20:14:57.0

EDUARDO SALLES DE OLIVEIRA BARRA

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Esta dissertação foi construída em um momento de grande medo e incerteza. Travamos uma batalha contra o coronavírus e, durante esta luta, fomos todos convidados a refletir sobre a importância dos profissionais da área da saúde.

Dedico esta dissertação a estes trabalhadores que, com coragem, se doaram todos os dias, sem medir esforços, para salvar vidas. Àqueles que nos ajudaram a passar por esse desafio, dedico todo o meu respeito.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que, de alguma maneira, contribuíram para a realização desta pesquisa. Especialmente, agradeço à Professora Doutora Joanez Aires, pela paciência, pela compreensão, pelas palavras de motivação e incentivo que sempre me dedicou buscando diminuir minhas preocupações e ansiedades. Deixo aqui registrada toda a admiração por seu trabalho, por sua imensa capacidade de compartilhar conhecimentos com tanto amor e generosidade.

Durante a realização desta pesquisa vivenciei momentos de muito desgaste emocional devido, principalmente, a questões profissionais que se apresentaram como desafios no contexto de pandemia que enfrentamos nos últimos dois anos. Agradeço a Deus que me concedeu saúde e me permitiu contar com o apoio de muitas pessoas queridas que me ajudaram a passar por todos os momentos difíceis com leveza e sabedoria.

Agradeço ao Professor Doutor Eduardo Salles de Oliveira Barra por suas contribuições na banca de qualificação e por aceitar avaliar a versão final deste trabalho. Expresso minha gratidão por cada sugestão apresentada, pois me possibilitou organizar os pensamentos e direcionar melhor esta dissertação.

Agradeço ainda à professora Aida Maris Peres que, tão gentilmente, se disponibilizou a avaliar esta pesquisa.

Gostaria de agradecer, também de maneira muito especial, ao Leonardo Duarte, companheiro presente em todas as etapas desta pesquisa, que sempre esteve ao meu lado acreditando nas minhas potencialidades, me incentivando a prosseguir, apesar de todas as dificuldades que se apresentaram no decorrer desta jornada.

Registro aqui também meus agradecimentos ao Felipe Guilhermette, por todo o apoio, incentivo e por compreender minhas limitações durante este período de ausências e incertezas. Obrigada por fazer parte da minha vida e me amar incondicionalmente.

Agradeço à minha mãe Dilma Guilhermette pelos maiores ensinamentos da vida: a honestidade, a persistência e o respeito. Foram estes pilares que me guiaram em todo este percurso.

Gostaria também de registrar um carinho muito especial à Jacke Moura e ao Paulo Amorin por todo o apoio e cumplicidade dedicados ao longo desta caminhada. Amigos que levarei para a vida.

Também registro aqui agradecimentos especiais aos professores e funcionários do PPGECM/ UFPR por terem contribuído na minha formação no decorrer do mestrado.

De coração, obrigada a todos vocês.

Tive um chão (mas já faz tempo)
todo feito de certezas
tão duras como lajedos.

Agora (o tempo é que fez)
tenho um caminho de barro
umedecido de dúvidas.

Mas nele (devagar vou)
me cresce funda a certeza
de que vale a pena o amor.

Thiago de Mello

RESUMO

A publicação da obra de Thomas Kuhn “A Estrutura das Revoluções Científicas”, em 1962, foi um marco importante para a concepção da imagem contemporânea da ciência. Neste livro, Kuhn fez uma breve referência a Ludwik Fleck, médico polonês, que o teria influenciado. As aproximações conceituais existentes entre Kuhn e Fleck, apesar de conferirem um caráter de similaridade entre seus pensamentos, também são marcadas por divergências. Tendo em vista que este livro de Kuhn foi considerado um dos mais influentes do século XX e que Fleck tem sido cada vez mais estudado no Brasil, este estudo investiga como e por que pesquisadores brasileiros da área da saúde têm se apropriado da epistemologia de Ludwik Fleck e Thomas Kuhn, em um mesmo trabalho. Para o alcance deste objetivo, foi realizada uma pesquisa de natureza qualitativa, do tipo estado do conhecimento. Os dados foram constituídos no Portal de Periódicos e no Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Buscaram-se teses, dissertações e artigos que abordavam Fleck e Kuhn em um mesmo trabalho, sendo encontradas 11 pesquisas da área de saúde que foram interpretadas por meio da Análise de Conteúdo. As análises possibilitaram traçar um panorama geral das pesquisas e indicaram como um dos principais problemas encontrados pelos pesquisadores a tendência positivista que norteia a formação em saúde. Além disso, foi constatado que as categorias Fleckianas ‘Coletivo e Estilo de Pensamento’ foram as mais abordadas nos trabalhos analisados. Os pesquisadores estabeleceram semelhanças entre as epistemologias de Kuhn e Fleck, porém não discutiram as diferenças existentes nas teorias dos autores. Como contribuição da nossa pesquisa, sugerimos que os estudos epistemológicos sejam mais difundidos na área da saúde possibilitando a realização de discussões críticas dos saberes e práticas, melhoria na formação profissional e o início de movimentos de mudanças tão necessários para o avanço e desenvolvimento da saúde no Brasil.

Palavras-chave: Epistemologia. Kuhn. Fleck. Saúde.

ABSTRACT

The publication of Thomas Kuhn's "The Structure of Scientific Revolutions" in 1962 was an important milestone to the conception of the contemporary image of Science. In this book, Kuhn made a short reference to Ludwik Fleck, a polish physician, that would have influenced him. The conceptual proximities between Kuhn and Fleck, despite giving a similarity character between their thoughts, are also marked by divergences. Considering that Kuhn's book was considered one of the most influential of the 20th century and Fleck is increasingly studied in Brazil, this study investigates how and why brazilian researchers in the health field have been appropriating the Ludwig Fleck's and Thomas Kuhn's epistemology in the same work. In order to reach the goal of this research, a knowledge type qualitative study was carried out. The data were constituted from Catalog of Theses and Dissertations of CAPES. Theses and articles that addresses Fleck and Kuhn in the same work were searched, and 11 researches in the health field was found and interpreted by means of context analysis. Analysis enabled to trace an overview of researchers and indicated that one of the major problems founded by the researchers was the positivist trend that guides health training. Furthermore, it was found that the Fleckian categories 'Style and Collective of Thought' were the most addressed in the analyzed works. The researches established similarities between the epistemologies of Kuhn and Fleck, but they didn't discuss the existing differences in the theories of these authors. As a contribution of our research, we suggest that epistemologic studies would be more widespread in the health field, making possible critic discussions about knowledge and practices, improvement in professional training and the beginning of change movements so necessary for advancement and development of Heath in Brazil.

Key words: Epistemology. Kuhn. Fleck. Health.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - A INFLUÊNCIA DAS IDÉIAS POSITIVISTAS NA ENFERMAGEM	41
---	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - TESES (T), DISSERTAÇÕES (D) E ARTIGOS (A) SELECIONADOS	47
QUADRO 2 - PANORAMA GERAL DOS TRABALHOS SELECIONADOS	49
QUADRO 3 - CATEGORIAS DE FLECK E KUHN MAIS UTILIZADAS PELOS PESQUISADORES DA ÁREA DA SAÚDE	63

LISTA DE SIGLAS

CAPES	-	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
MIT	-	Massachusetts Institute of Technology
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
PPGECM	-	Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências e Matemática
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TDA	-	Teses, Dissertações e Artigos
UERJ	-	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFF	-	Universidade Federal Fluminense
UFPR	-	Universidade Federal do Paraná
UFRGS	-	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRN	-	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFSC	-	Universidade Federal de Santa Catarina
UFV	-	Universidade Federal de Viçosa
UNB	-	Universidade de Brasília
UNICAMP	-	Universidade de Campinas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1: A EPISTEMOLOGIA DE LUDWIK FLECK E THOMAS KUHN	18
1.1 LUDWIK FLECK	18
1.2 CONCEITOS E/ OU CATEGORIAS DE LUDWIK FLECK	21
1.3 THOMAS KUHN	24
1.4 CONCEITOS E/ OU CATEGORIAS DE THOMAS KUHN	27
CAPÍTULO 2: O DESENVOLVIMENTO EPISTEMOLÓGICO NA ÁREA DA SAÚDE	30
2.1 UM DESTAQUE PARA A ENFERMAGEM	36
2.2 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO	42
CAPÍTULO 3: PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA.....	45
CAPÍTULO 4: RESULTADOS E DISCUSSÃO - PANORAMA DAS PESQUISAS BRASILEIRAS	49
4.1 PANORAMA GERAL DAS PESQUISAS.....	49
4.1.1 Problemas de Pesquisa	52
4.1.2 Justificativas apresentadas para a utilização de Fleck e Kuhn	58
4.1.3 Categorias de Fleck e Kuhn mais utilizadas	63
4.1.4 Semelhanças ou Diferenças entre Fleck e Kuhn	66
4.1.5 Preferências por Fleck ou Kuhn pelos pesquisadores.....	69
4.1.6 Soluções encontradas.....	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
REFLEXÕES SOBRE A ATIVIDADE DE PESQUISA	80
REFERÊNCIAS	82
ANEXO 1 – RESUMOS DOS TRABALHOS SELECIONADOS PARA ESTA PESQUISA..	86

INTRODUÇÃO

Meu primeiro encontro com Ludwik Fleck aconteceu ao iniciar os estudos no Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências e Matemática (PPGECM) na Universidade Federal do Paraná (UFPR) como aluna especial na disciplina de Epistemologia. Nesta ocasião, eu buscava, além de novos conhecimentos, a reaproximação com o ambiente educacional, pois já atuava há alguns anos na área da saúde e sentia a necessidade de manter um vínculo com a educação, onde atuei por muitos anos após a minha formação em Pedagogia.

Os estudos da obra de Fleck *‘Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico’* me proporcionaram uma inquietação a partir das reflexões apresentadas. A disciplina cursada possibilitou-me outra compreensão sobre a construção da Ciência, despertando meu interesse por um melhor entendimento sobre a natureza da ciência. A partir deste interesse me matriculei, no semestre seguinte, em outra disciplina de Epistemologia e, dentre vários epistemólogos, conheci Thomas Kuhn e sua principal obra.

A Estrutura das Revoluções Científicas, de Thomas Kuhn, publicada em 1962, foi um marco importante para a concepção da imagem contemporânea da ciência. Reconhecendo essa relevância, Mendonça (2012) destaca que Kuhn tornou-se, se não o autor mais influente, o mais debatido na filosofia da ciência inglesa em meados do século XX. Também já é conhecido o fato de que, no prefácio de *A Estrutura das Revoluções Científicas*, Thomas Kuhn fez uma breve referência a Ludwik Fleck, médico polonês, que teria antecipado suas ideias e o influenciado acerca da “importância da sociologia da comunidade científica” (CONDÉ, 2012, p.7).

Contudo, até a década de 70, Fleck ainda permaneceu esquecido quando então, o sociólogo norte-americano Robert Merton, devido ao seu interesse na influência da estrutura social sobre a produção dos conhecimentos científicos, editou *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*, traduzido do alemão para o inglês por Fred Braley e Thaddeus J. Trenn (LOWI, 1994).

Nesse livro, publicado originalmente em 1935, Fleck traz reflexões epistemológicas e aborda o caráter histórico e sociológico sobre a natureza da ciência. No entanto, à época, o livro não teve a recepção merecida por variadas razões, entre elas destacam-se as dificuldades trazidas pela guerra, mas, principalmente, devido à

originalidade das ideias apresentadas em uma conjuntura pouco preparada para recebê-las (CONDÉ, 2010, p.8).

A partir do estudo dessas obras, deparei-me com a percepção de várias aproximações entre Fleck e Kuhn que conferem um caráter de similaridade entre seus pensamentos, porém também possibilitam perceber diferenças passíveis de discussão e foi neste contexto que surgiu o interesse em desenvolver uma pesquisa a partir destes referenciais.

Nas buscas realizadas, na internet, por estudos que utilizassem Fleck e Kuhn na mesma pesquisa, observei que estas se concentravam principalmente na área da saúde e, por esta razão, foi feito um recorte destes estudos para análise. Observamos que tais pesquisas têm sido utilizadas para refletir sobre determinados problemas nessa área, como saberes e práticas profissionais, tendências positivistas da Biomedicina e a necessidade de melhorias na formação em saúde. Sendo assim, com a finalidade de compreender como e por que estes pesquisadores da área da saúde têm se apropriando da epistemologia de Kuhn e de Fleck em um mesmo estudo, esta pesquisa busca responder as seguintes questões: Porque pesquisadores brasileiros estão mobilizando Kuhn e Fleck em um mesmo estudo para discutirem os temas da área da saúde? E quais as relações que estabelecem entre estes autores?

Dessa forma, o objetivo geral desta pesquisa consiste em investigar de que maneira a epistemologia de Thomas Kuhn e Ludwik Fleck vem sendo apropriada por pesquisadores brasileiros da área da saúde, em um mesmo trabalho.

Para tanto, são elencados quatro objetivos específicos: I) apresentar a epistemologia de Kuhn e de Fleck e os conceitos e/ou categorias presentes em suas principais obras; II) Discorrer sobre a epistemologia na saúde traçando um paralelo entre a evolução das teorias e práticas e os acontecimentos históricos, filosóficos e sociológicos; III) mapear as teses, dissertações e artigos que utilizam o referencial Fleckiano e Kuhniano em discussões na área da saúde; III) analisar estudos que se apropriaram das teorias de Kuhn e de Fleck em um mesmo trabalho para identificar como é realizada essa apropriação pelos pesquisadores brasileiros da área da saúde.

O estudo foi estruturado em quatro capítulos, além desta Introdução. No Capítulo Um são apresentadas as ideias centrais de Fleck e de Kuhn, enfatizando os conceitos e/ou categorias elencadas em suas principais obras.

No Capítulo Dois é apresentado um panorama sobre a epistemologia na saúde buscando descrever a evolução desta área do conhecimento.

No Capítulo Três é explicitado o método utilizado para a constituição e análise dos dados.

No Capítulo Quatro são analisadas as teses, dissertações e artigos quando buscamos identificar a forma como os pesquisadores brasileiros utilizam o referencial Fleckiano e Kuhniano para estudos na área da saúde.

Por fim, são apresentadas as conclusões buscando trazer as abordagens das pesquisas estudadas para o entendimento de como os pesquisadores investigados têm se apropriado da epistemologia de Fleck e de Kuhn em um mesmo trabalho.

Esta pesquisa é, portanto, de natureza qualitativa, do tipo estado do conhecimento, realizada com dados constituídos a partir do Portal de Periódicos e do Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

CAPÍTULO 1: A EPISTEMOLOGIA DE LUDWIK FLECK E THOMAS KUHN

Este capítulo tem como objetivo apresentar aspectos relacionados à vida de Ludwik Fleck e Thomas Kuhn, bem como evidenciar os principais conceitos e/ ou categorias presentes em suas obras mais importantes.

1.1 LUDWIK FLECK

Ludwik Fleck nasceu em Lwów, na Polônia, em uma família judaica, no ano de 1896. Seu pai dedicava-se a atividades de pintura em uma empresa de tamanho médio. Cresceu cercado pela influência cultural polonesa e germanófona. Dominava a língua polonesa e o alemão. Concluiu o ginásio em 1914 e, neste mesmo ano, matriculou-se no curso de medicina na Universidade Jan Kazimierz. Fleck foi atraído pela bacteriologia durante o curso e se tornou assistente de um especialista em Tifo, Rudolf Weigl na Universidade de Lwów (SCHÄFER; SCHNELLE, 2010). De 1923 a 1928, trabalhou no hospital geral da cidade onde se tornou diretor do laboratório do departamento de dermatologia e doenças venéreas.

Foi a partir daí que se familiarizou com a reação de Wassermann e escreveu vários artigos sobre o aperfeiçoamento dessa reação. Após a ocupação alemã de Lwów, Fleck foi deportado para o gueto da cidade, onde trabalhou no laboratório de um hospital desenvolvendo um teste diagnóstico de Tifo e uma vacina contra essa doença. Durante esse período, o Tifo era um problema de saúde no gueto e nas tropas alemãs, razão pela qual os alemães estimularam uma produção em larga escala da vacina desenvolvida por Fleck (LOWY, 2012).

Segundo Da Ros (2000), Fleck escreveu seus primeiros textos para apresentar na Escola de Filosofia de Medicina em 1926 e, a partir daí, após a publicação de vários artigos em jornais e revistas polonesas, publicou a *Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico* em 1935. A primeira edição, publicada na Suíça, mas escrita em alemão, contou com a tiragem de 1000 exemplares e, destes, cerca de 250 foram descartados posteriormente, após permanecerem encalhados no estoque da Editora. Todavia, não se pode afirmar que a obra foi completamente ignorada à época, visto que recebeu, segundo levantamento realizado por Thomas Schnelle, 13 resenhas em publicações europeias não polonesas (CARNEIRO, 2012).

Em 1943, com o término do gueto de Lwów, Fleck, sua esposa e seu filho foram deportados para Auschwitz. Neste mesmo ano, a SS¹ fundou no campo de concentração, um laboratório para a produção de vacina contra o Tifo. Fleck e outros médicos foram enviados para esse laboratório, onde conseguiram “(...) à revelia da SS, fabricar uma vacina sem efeito, que foi fornecida em altas quantidades à SS, sendo que as quantidades menores da produção de vacina, com efeito, foram usadas para os prisioneiros no campo” (SCHÄFER; SCHNELLE, 2010, p.5).

Fleck foi liberado do campo de concentração em 1945 e retornou à Polônia, dando continuidade às pesquisas de microbiologia em diferentes Instituições.

Como nos explica Da Ros (2000), Fleck sempre teve como base de suas reflexões a prática clínica e a laboratorial, já que os exemplos práticos de sua rotina como médico direcionaram a sua produção. Durante sua carreira, mais especificamente até 1961, trabalhou em docência, em laboratórios de bacteriologia, microbiologia e imunologia.

Ainda sobre possíveis influências que Fleck poderia ter recebido e que ajudariam a entender sua epistemologia, Da Ros (2000), esclarece a influência histórica em sua trajetória:

A Polônia era um país invadido e dividido: uma parte para a Prússia, outra para a Rússia e outra para o Império Austro-Húngaro em cuja capital, Viena, desenvolviam-se intensas discussões de caráter filosófico-epistemológicos – o famoso Círculo de Viena, ao qual Lwów, cidade onde nasceu Fleck, tinha uma ligação muito grande (DA ROS, 2000, p. 19).

A partir de entrevistas realizadas com pessoas que conviveram com Fleck, Schnelle (1986), deduz que outra parte importante de sua formação teria base em leituras de textos de filósofos e historiadores que Fleck realizava em seus horários fora dos laboratórios. Outra possibilidade de influência é levantada por Lowy (1990), que, sem negar a importância das leituras e polêmicas do Círculo de Viena², aponta

¹ Schutzstaffel (Tropa de Proteção) foi uma organização paramilitar ligada ao partido nazista e a Adolf Hitler, sob o comando de Heinrich Himmler.

² O Círculo de Viena foi uma associação formada por filósofos e cientistas que, no início do século XX, se reuniam, regularmente, em Viena. O grupo, liderado por Moritz Schlick, Otto Neurath e Rudolph Carnap combatia o pensamento metafísico e buscava empregar métodos lógicos e rigor científico no tratamento de questões de ética, filosofia da psicologia e ciências sociais, sobretudo economia e sociologia. Neste cenário, a física seria responsável por fornecer a cientificidade para as formulações teóricas que se pretendessem científicas, ou seja, que consistissem em princípios estabelecidos pela lógica e em hipóteses científicas a serem verificadas por um método científico (positivismo lógico) (MARCONDES, 2018).

para a vinculação da ideologia de Fleck a uma tradição forte existente na Polônia que era a Escola Polonesa de Filosofia da Medicina, embora Fleck nunca tenha mencionado em seus escritos sua ligação com esta Escola (*apud* DA ROS, 2000, p. 19).

Após um infarto em 1956, Fleck apresenta problemas de saúde e em 1957 é diagnosticado com câncer. Neste mesmo ano, muda-se com a mulher e o filho para Israel onde assume um cargo no Instituto Israelense para Pesquisa Biológica e permanece realizando algumas pesquisas. Fleck faleceu em 05 de junho de 1961, aos 64 anos.

Um fato curioso na trajetória de Fleck, relatado por Condé (2010), é a participação de Fleck no ‘Segundo Seminário Internacional de Alergologia’, realizado na cidade de Petrópolis, no Rio de Janeiro em 1955. Na ocasião, ele era apenas um médico participante, sem que nenhum destaque lhe fosse atribuído durante esta visita ao Brasil. Apenas em 1962, quando Kuhn fez uma breve menção a Fleck no livro ‘*A Estrutura das Revoluções Científicas*’, o autor polonês passou a ser mais estudado. Contudo, ainda no dizer de Condé (2016), o trabalho de Fleck só se tornou conhecido no Brasil a partir da tradução de *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*³ para o inglês em 1979 e, mais especificamente, para o espanhol em 1986, devido à proximidade desse idioma com o português.

Após estas publicações, quando Fleck se torna mais conhecido, é que se começou a perceber a proximidade existente entre o pensamento de Fleck e Kuhn, passando a conjecturar-se que as ideias Fleckianas poderiam ter influenciado Thomas Kuhn.

Devido à originalidade de seu pensamento, Fleck tem sido cada vez mais estudado no Brasil, principalmente na área de educação científica. Lorenzetti, Muenchen e Slongo (2018), em levantamento realizado com o objetivo de analisar a presença da epistemologia de Fleck como referencial teórico em pesquisas produzidas no Brasil, identificaram o primeiro registro no ano de 1995. O estudo dos citados autores destacou ainda que de 1995 a 2015, recorte temporal utilizado, foram realizados 89 trabalhos com uma tendência ascendente de produção nos últimos 5 anos analisados, o que justifica nossa abordagem nesta pesquisa.

³ Nas referências à obra *Gênese e desenvolvimento de um fato científico* utilizaremos, a partir deste ponto, a forma abreviada *Gênese*.

1.2 CONCEITOS E/ OU CATEGORIAS DE LUDWIK FLECK

Ludwik Fleck, a partir de um estudo de caso da história da medicina, apresentou uma abordagem que chamou de teoria comparada do conhecimento. Na *Gênese* posicionou-se contrariamente à concepção do Círculo de Viena, opondo-se ao empirismo e trazendo aspectos sociológicos para a sua análise científica.

A partir do estudo da sífilis/ reação de Wassermann, Fleck apresenta sua interpretação para o desenvolvimento de uma ciência construída por pessoas, de modo cooperativo, em um processo coletivo.

Dentre os conceitos e/ ou categorias apresentadas por Fleck, destacam-se os de ‘Estilo de Pensamento’ e ‘Coletivo de Pensamento’.

Estilo de Pensamento relaciona-se aos pressupostos sob os quais o Coletivo de Pensamento é construído. Os costumes, as decisões e os saberes prévios encontram-se vinculados ao Estilo de Pensamento. Percebe-se, dessa forma, que a observação é condicionada, uma vez que o pensamento é “atividade social por excelência” (FLECK, 2010, p.149) direcionada, marcada por características que interessam a um determinado coletivo. Segundo Fleck:

Podemos, portanto, definir o estilo de pensamento como percepção direcionada em conjunção com o processamento correspondente no plano mental e objetivo. Esse estilo é marcado por características comuns dos problemas, que interessam a um coletivo de pensamento; dos julgamentos, que considera como evidentes e dos métodos, que aplica como meios de conhecimento. É acompanhado, eventualmente, por um estilo técnico e literário do sistema do saber (FLECK, 2010, p.149).

Uma vez que representa o pensamento de uma determinada comunidade, o Estilo de Pensamento passa por um fortalecimento social e um desenvolvimento que faz com que permaneçam presentes através das gerações ou até que um novo estilo, como um novo sistema de valores, se consolide. Ainda assim, traços de um determinado estilo guardam conceitos dos anteriores em linhas evolutivas que se entrelaçam na história.

Observa-se, a partir desta abordagem de Fleck, sua oposição ao empirismo. Tal oposição já pode ser observada no título da obra, onde há uma indicação de que um fato é algo dinâmico e mutável. O fato científico pode ser analisado a partir do

ponto de vista da história e da psicologia tanto individual como coletiva. Desta forma, na compreensão de Fleck, tanto o pensar como os fatos são mutáveis.

Uma outra característica do Estilo de Pensamento é a repressão que um determinado Estilo de Pensamento pode exercer sobre um coletivo. “Tal sistema fechado e em conformidade com o estilo não está imediatamente acessível a qualquer inovação: ele reinterpretará tudo conforme o estilo” (FLECK, 2010, p. 74).

Diante da impossibilidade de o pesquisador pensar de forma diferente, surge um “sistema fechado e harmonioso” (FLECK, 2010, p. 80). Desta forma:

O caráter fechado dos sistemas, os efeitos recíprocos entre o conhecido, as coisas a serem conhecidas e os atores do conhecimento garantem a harmonia de ilusões, que não se resolvem, de maneira alguma, dentro dos limites de um determinado estilo de pensamento (FLECK, 2010, p. 81).

Uma transformação no Estilo de Pensamento só acontece após uma desconstrução dessa Harmonia das Ilusões⁴, onde um novo fato científico conduza a uma Crise e, conseqüentemente, a uma reorientação da pesquisa, que nem sempre romperá com o estilo anterior, podendo, por vezes, passar por adaptações.

Por sua vez, o Coletivo de Pensamento reúne pessoas que partilham de uma mesma visão de mundo, de um mesmo Estilo de Pensamento, onde possuindo uma linguagem própria, “trocamos pensamentos ou se encontram numa situação de influência recíproca de pensamentos” (FLECK, 2010, p. 82).

Isto posto, torna-se importante destacar o caráter coletivo que Fleck atribui à ciência, onde todas as etapas de desenvolvimento resultam de um trabalho coletivo e não individual. Percebe-se, assim, que o saber é colaborativo, não pertencendo a um único indivíduo e, neste cenário, não há que se falar em ‘descobertas’, muito menos que podem ser atribuídas a pessoas individualmente. O pensamento sempre é influenciado por uma base que o sustenta e que confere um direcionamento que impede que exista neutralidade nas percepções. Evidencia-se ainda, que um indivíduo pertence a vários Coletivos de Pensamento, seja como pesquisador, representante de classe, membro de uma igreja ou partido político, onde o meio social o influencia e o leva a pensar de determinada maneira.

⁴ Harmonia das Ilusões é um perceber dirigido onde ocorre a estabilização de um estilo de pensamento em um sistema de opinião elaborado e fechado. Nesta fase, há uma coerção de pensamento dentro de uma visão dominante. É o que insere o indivíduo dentro de um Estilo de Pensamento.

Para Fleck o coletivo se organiza em dois círculos: o Exotérico e o Esotérico. De forma simplificada, o Saber Exotérico refere-se ao senso comum, à opinião pública e a outros saberes fora do núcleo, como por exemplo, o uso que um engenheiro faz da matemática que não é senso comum, embora seja periférico, ou exotérico ao conhecimento do matemático. O saber Esotérico refere-se aos especialistas. Sendo assim, o Círculo Esotérico é formado por um grupo menor enquanto o Exotérico é um grupo maior. Um indivíduo pertence a vários Círculos Exotéricos e poucos Esotéricos e pode participar de diferentes Coletivos de Pensamento.

Um Coletivo de Pensamento, por sua vez, é a sobreposição destes círculos que se entrecruzam através de Tráfegos de Pensamentos Intercoletivos que podem ser definidos como um encadeamento de informações entre os membros de um Coletivo que resultam nas mudanças do Estilo de Pensamento. Conclui-se assim que “a partir do saber especializado (Esotérico) surge o saber popular (Exotérico)” (FLECK, 2010, p. 166). Por outro lado, o saber popular forma a opinião pública e uma nova visão de mundo que retroage ao especialista.

A diferença existente entre os Estilos de Pensamento é que definem se o tráfego será maior ou menor dentro de um respectivo coletivo. Ainda que qualquer tráfego resulte em alterações dos valores do pensamento, não se pode falar em erros e acertos e sim, em construções e conexões que impossibilitam descrever corretamente a história de um domínio do saber. A ciência não progride de forma linear, as ideias se cruzam, se influenciam. Até mesmo ideias que hoje não nos servem, em algum momento contribuíram na construção do conhecimento. Assim, cabe destacar as Protoideias (pré-ideias) como ligações evolutivas, pré-científicas ou científicas, ainda que remodeladas em outra área ou em outro tempo, já que tais ideias vão se transformando e ganham conceitos atualizados e mais precisos.

Fleck (2010) caracteriza também os materiais responsáveis pela propagação do Estilo de Pensamento do Círculo Esotérico para o Exotérico. A circulação de informações ocorre através do Tráfego Intracoletivo de ideias quando circulam dos periódicos (caráter provisório e pessoal) para os manuais (ciência especializada). Por sua vez, no Tráfego Intercoletivo as ideias circulam por meio de livros didáticos que cuidam da introdução de um público mais amplo à ciência.

Por fim, é importante destacar ainda um aspecto de fundamental importância na obra de Fleck: a observação [ato de observar] que pode ser de dois tipos: “(1) com

olhar inicial pouco claro e (2) como percepção da forma (*Gestaltsehen*) desenvolvida e imediata” (FLECK, 2010, p. 142). Por esta percepção, o olhar inicial é ainda obscuro e sem direcionamentos. Tal falta de embasamentos dificulta a capacidade de perceber, que ao ser direcionada, torna-se importante para o Estilo de Pensamento, pois ganha uma forma (Gestalt) que permite “uma disposição para sentir e agir de acordo com um estilo, isto é, um sentir e agir direcionados e restritos” (FLECK, 2010, p.133). Para Fleck:

Assim nasce o fato: primeiro um sinal de resistência no pensamento inicial caótico, depois uma certa coerção de pensamento e, finalmente, uma forma (Gestalt) a ser percebida de maneira imediata. Ele sempre é um acontecimento que decorre das relações na história do pensamento, sempre é resultado de um determinado Estilo de Pensamento (FLECK, 2010, p. 144-145).

Após esta breve introdução sobre a vida e a obra de Ludwik Fleck, discorreremos sobre a vida e alguns dos principais aspectos da obra de Thomas Kuhn.

1.3 THOMAS KUHN

Thomas Samuel Kuhn nasceu em 1922 na cidade de Cincinnati, no estado de Ohio, nos Estados Unidos. O pai foi um engenheiro hidráulico e a mãe uma intelectual que trabalhou com editoração profissional. Em uma entrevista⁵ autobiográfica concedida em 1995, publicada no Brasil em 2000, Kuhn relatou vários aspectos de sua vida profissional e pessoal, entre os quais citou o início de sua educação em Nova York, cidade para a qual se mudou com a família aos seis meses de idade.

Segundo Kuhn (2017), ele já estava na segunda-série e ainda não havia sido alfabetizado, o que, de certa forma, preocupou o seu pai que começou a lhe mostrar algumas letras e, a partir daí, conseguiu alguns progressos. “A escola progressista encoraja um tipo de pensamento independente. Por outro lado, não fazia muita coisa para ensinar as matérias regulares” (KUHN, 2017, p. 312).

⁵ *Um debate com Thomas S. Kuhn* é uma transcrição editada de um debate de três dias entre Kuhn e Aristides Baltas, Kostas Gravoglu e Vassiliki Kindi. O encontro ocorreu em Atenas, de 19 a 21 de outubro de 1995, quando a Kuhn foi concedido o título de *doutor honoris causa* pelo Departamento de Filosofia e História da Ciência da Universidade de Atenas e um simpósio em sua homenagem nessa universidade (KUHN, 2006, p. 311- 387).

De acordo com Branco (2014), a educação progressista⁶ teve início no começo do século XX nos Estados Unidos da América e destaca-se por apresentar uma visão humanista e comprometida com a democracia. Centrada no pensamento de John Dewey sobreviveu até os anos 90, quando foi considerada pouco rigorosa e promotora de uma ausência de respeito aos adultos. A partir de então, sua importância foi diminuída.

Quando cursava a sexta-série, a família de Kuhn mudou-se novamente, para umas quarenta milhas de Nova York e, novamente, foi matriculado em uma escola progressista que segundo Kuhn “foi particularmente boa” (KUHN, 2017, p. 312) por ensinar a pensar. Nesta escola, a *Hessian Hills School*, permaneceu até a nona série em 1937, quando foi enviado pelos pais para um internato. Nos anos seguintes, passou por outras duas escolas até ser admitido na Universidade de Harvard, onde cursou física (KUHN, 2017).

O interesse pela filosofia surgiu no primeiro ano em Harvard e, também nessa época, identificou certa dificuldade para escrever (KUHN, 2017). Ao inscrever-se para atuar no corpo editorial do jornal *The Harvard Crimson* identificou não possuir facilidade para a escrita, demorando um tempo consideravelmente grande para redigir cada editorial. Kuhn atribui esta dificuldade à influência da mãe que lhe dizia que poderia dizer o que quisesse, mas que deveria ter muito cuidado com o que fosse escrever.

Já graduado, foi trabalhar no Radio Research Laboratory em 1943, onde pesquisava medidas defensivas contra radar, no período da Segunda Guerra Mundial. Após um ano, pediu transferência para um laboratório de base avançada, na Inglaterra e, em seguida, mudou-se novamente, dessa vez para a França (KUHN, 2017).

Segundo Kuhn (2017), em 1945, já de volta aos Estados Unidos e com o fim da guerra, iniciou seus estudos na pós-graduação de Harvard. Na ocasião, solicitou ao departamento a permissão para cursar alguns créditos em disciplinas da filosofia e obteve permissão para fazer metade do curso nesta área. Após cursar duas

⁶ No Brasil, Anísio Teixeira (1900-1971) foi pioneiro na implantação de escolas públicas de todos os níveis para a oferta de educação gratuita. Inspirado na filosofia de John Dewey, com quem teve contato durante uma viagem aos Estados Unidos, buscou implantar novos métodos educacionais. Anísio defendia a presença da pesquisa como componente do ensino para a construção de uma escola moderna e integral, que estivesse pronta para enfrentar os desafios de uma sociedade dinâmica, que passa por constantes transformações e de onde se concebe o sentido de ser progressista, ou seja, destinada às mudanças permanentes.

disciplinas, percebeu que tinha dificuldade de compreensão de vários temas e não estava disposto a recomeçar os estudos como um aluno de graduação. Por este motivo, decidiu titular-se em física.

Kuhn (2017), relata ainda que não identificou nenhum interesse em história e não teve pretensões nesse sentido, pois sempre acreditou que suas ambições fossem filosóficas. No entanto, após ser convidado para atuar como assistente de James Bryant Conant⁷, presidente da Universidade de Harvard, foi introduzido a outro campo do saber: a história da ciência.

Kuhn pediu então à Conant que o indicasse para a sociedade dos Fellows, onde buscou instrução para ser um historiador da ciência. Durante três anos na Sociedade, começou a encontrar um caminho tanto profissional quanto pessoal, uma vez que também se casou nessa mesma época (KUHN, 2017).

Naquele tempo eu era um estudante de pós-graduação em física teórica tendo já em vista o fim de minha dissertação. Um envolvimento afortunado com um curso experimental da universidade, que apresentava a ciência física para os não cientistas proporcionou-me a primeira exposição à história da ciência. (...) O resultado foi uma mudança drástica nos meus planos profissionais, uma mudança da física para a história da ciência e a partir daí, gradualmente, de problemas históricos relativamente simples às preocupações mais filosóficas que inicialmente me haviam levado à história (KUHN, 1998, p. 9-10).

Tendo defendido sua tese em 1949, permaneceu em Harvard até 1956, quando mudou-se para Berkeley, na Califórnia, onde atuou, “ao mesmo tempo, nos departamentos de história e filosofia” (KUHN, 2017, p. 355) até ser convidado para atuar no *Massachusetts Institute of Technology – MIT*, após também ter passado pelo divórcio e perda da mãe. Foi no MIT que Kuhn permaneceu até encerrar sua carreira acadêmica. Kuhn morreu em 17 de junho de 1996, de câncer.

É importante ainda destacar que *A Estrutura das Revoluções Científicas*⁸, o maior projeto de Kuhn, foi publicado em 1962 e considerado pelo jornal norte-americano *The New York Times* um dos cem livros mais influentes do século XX.

⁷ Após a morte de Kuhn, James Conant tornou-se um dos editores de *O caminho desde a estrutura*. (KUHN, 2017).

⁸ Nas referências à obra *Estrutura das Revoluções Científicas* utilizaremos, a partir deste ponto, a forma abreviada *Estrutura*.

1.4 CONCEITOS E/ OU CATEGORIAS DE THOMAS KUHN

Na Estrutura, Thomas Kuhn apresenta as bases do seu pensamento epistemológico. Entre os principais conceitos e/ ou categorias expostas pelo autor no desenvolvimento da sua teoria destaca-se o de Paradigma.

Kuhn, ao longo de sua obra, apresenta várias definições para Paradigma, razão de muitas críticas, por isso, numa próxima edição, no posfácio, busca esclarecer e, mais tarde, justificar seus entendimentos. Num primeiro momento, considerou Paradigmas as “realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para comunidades de praticantes de uma ciência” (KUHN, 1998, p.13).

Paradigma pode ainda ser entendido como um modelo ou padrão aceito que se revela nos manuais, conferências e práticas de laboratório, onde os resultados são previsíveis e os objetivam, basicamente, a aperfeiçoar os saberes. Desta forma, podemos entender e relacionar os Paradigmas à Ciência Normal, cujos modelos e padrões já foram admitidos para a prática científica.

Para Kuhn (1998), a Ciência Normal é uma pesquisa baseada em uma ou mais realizações científicas passadas que são reconhecidas por uma comunidade científica e proporcionam os fundamentos para sua prática posterior. Desta forma, caberá à Ciência Normal a preocupação em justificar e complementar um Paradigma detalhando com maior profundidade o que já estava posto, o que lhe confere um caráter cumulativo. Percebe-se assim, o Paradigma como “um pré-requisito para outras descobertas” (KUHN, 1998, p.49).

À Ciência Normal, segundo este entendimento, resta harmonizar os fatos com a teoria existente, buscando uma articulação que consiste, basicamente, em solucionar Quebra-Cabeças, que segundo Kuhn são os problemas cujas soluções são asseguradas e que sustentam a Ciência Normal e não testar Paradigmas.

Embora no período de Ciência Normal não se tenha o objetivo de descobrir novidades, a pesquisa científica pode conduzir o cientista a novos fenômenos. Desta forma, “os resultados obtidos pela Ciência Normal são significativos porque contribuem para aumentar o alcance e a precisão com os quais o Paradigma pode ser aplicado” (KUHN, 1998, p.58).

Porém, em alguns casos, pode ocorrer uma Anomalia, isto é, um fenômeno para o qual o Paradigma não prepara o investigador. Segundo Kuhn:

A descoberta começa com a consciência da anomalia, isto é, com o reconhecimento de que, de alguma maneira, a natureza violou as expectativas paradigmáticas que governavam a ciência normal. Segue-se então uma exploração mais ou menos ampla da área onde ocorreu a anomalia. Esse trabalho somente se encerra quando a teoria do paradigma for ajustada, de tal forma que o anômalo se tenha convertido no esperado. A assimilação de um novo tipo de fato exige mais do que um ajustamento aditivo da teoria. Até que tal ajustamento tenha sido completado – até que o cientista tenha aprendido a ver a natureza de um modo diferente – o novo fato não será considerado completamente científico (KUHN, 1998, p.78).

Ao ser mais abrangente e não se limitar a ser mais um quebra-cabeça, inicia-se uma transição para uma crise e para a ciência extraordinária, pois uma teoria com status de paradigma só é invalidada quando ocorre a sua substituição e, por sua vez, tal substituição resulta de uma comparação mútua. A partir deste entendimento, as crises seriam então, uma premissa para o surgimento de novas teorias, uma vez que ao enfraquecer as regras de resolução dos quebra-cabeças que sustentam a ciência normal, permitem a emergência de um novo paradigma, ou seja, na epistemologia de Kuhn a crise é necessária para que surjam novas teorias e uma nova ciência normal se desenvolva a partir do estabelecimento de um novo paradigma.

Apenas o aparecimento de anomalias não é suficiente para a rejeição de um paradigma dominante. Somente em situações de crise em que a comunidade científica perde a confiança no paradigma vigente novas discussões são iniciadas, mas ainda assim, o paradigma anterior ainda permanece válido até que um substituto surja revelando-se superior em praticamente todos os aspectos.

Nessa disputa, surge um ponto controverso da obra de Kuhn: a Incomensurabilidade, termo originário da Matemática que significa a ausência de uma medida comum. Ao afirmar que “a tradição científica normal que emerge de uma revolução científica é não somente incompatível, mas muitas vezes verdadeiramente incomensurável com aquela que a precedeu” (KUHN, 1998, p.138) abriu um espaço para inúmeras críticas. Para Kuhn, existem estruturas conceituais cujas linguagens não se sobrepõem o suficiente para permitir aos cientistas a comparação direta das teorias ou evidências capazes de favorecer uma teoria sobre a outra. Sendo assim, não seria possível compará-las por não possuírem uma mesma métrica, o que impediria qualquer comparação.

Um ponto a se destacar, neste momento, é que para Kuhn uma transição de paradigmas não caracteriza um processo cumulativo, como nos períodos sem Crise. Trata-se de uma reconstrução pautada em novos princípios que alteram as teorias, métodos e aplicações. Inicia-se, a partir daí, um período de transição onde é possível se observar problemas que podem ser resolvidos pelo antigo e pelo novo Paradigma. Essa “transição para um novo paradigma é uma revolução científica” (KUHN, 1998, p. 122).

Logo, a revolução científica pode ser definida como aquela ocorrência de desenvolvimento não-cumulativo, onde um paradigma é substituído por outro, incompatível com o anterior. Esta nova teoria resultaria em mudanças que influenciariam, inevitavelmente, trabalhos científicos já concluídos, fazendo com que houvesse a necessidade de uma revalidação desses resultados. Todavia, Kuhn argumenta que uma nova teoria não precisa entrar em conflito com sua antecessora, pois pode tratar de fenômenos antes desconhecidos, o que, desta forma, não implicaria, necessariamente, em uma ruptura.

CAPÍTULO 2: O DESENVOLVIMENTO EPISTEMOLÓGICO NA ÁREA DA SAÚDE

Neste capítulo, propomos a reflexão sobre a epistemologia na saúde. Mais que apresentar um apanhado cronológico com a apresentação simplificada das supostas ‘descobertas’ individuais atribuídas a personalidades da área, pretendemos traçar um paralelo que possibilite a compreensão da evolução das teorias e práticas que se cruzam com acontecimentos históricos, filosóficos e sociológicos.

Devido ao objetivo desta pesquisa, bem como ao espaço de discussão aqui possibilitado e à complexidade do assunto abordado, não aspiramos esgotar este conteúdo em sua profundidade, mas chamar a atenção para a amplitude do tema em questão e sua importância para o propósito deste estudo.

Falar sobre saúde, obrigatoriamente, nos leva a discorrer sobre doença. Este binômio saúde/ doença, apesar de oferecer alguma obviedade em um primeiro momento, não pode ser resumido de maneira simplificada ao entendimento de que uma pessoa está saudável quando não está doente. A Organização Mundial de Saúde – OMS – define saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença (OMS, 1948). Apesar deste conceito ser questionável e podendo, inclusive, ser considerado utópico (SEGRE, 1997), simboliza um compromisso, ainda que pareça inatingível.

Na história da humanidade sempre existiram as pessoas responsáveis pelos cuidados aos processos de adoecimento, passando por curandeiros, xamãs, rituais místicos e religiosos vinculados às filosofias da natureza que, ao longo do tempo, se consolidaram no modelo da ciência moderna, a partir do Século XVIII (SBISSA; SCHNEIDER; SBISSA, 2011). Sendo assim, para falar sobre o desenvolvimento da saúde é preciso olhar a forma como o corpo humano foi pensado ao longo dos tempos como forma biológica e dentro de um contexto histórico, social, econômico e cultural.

Durante a Pré-História e os tempos Arcaicos acreditava-se que o adoecimento era consequência da vontade de uma divindade que punia as faltas cometidas pelo indivíduo ou uma culpa coletiva assumida por uma comunidade. Tais concepções mágico-animistas e religiosas desenvolveram o que os historiadores da Medicina denominam como as primeiras formas da “concepção ontológica da doença” que consistia em transformar algo abstrato em material, concebendo a doença como um “estado ou uma entidade” (RAFFIN; LEPLÈGE; JUNIOR, 2011). Sendo assim:

Para alcançar a cura, era necessário apelar para aqueles que, em razão de seus poderes ocultos, ocupavam uma função de intermediários entre o sobrenatural encolerizado e os seres humanos: os feiticeiros, padres mágicos ou xamãs. Esses deveriam, supostamente, identificar a fonte do mal (nomear a divindade responsável, explicar o motivo da cólera divina e prescrever o que deveria ser feito. As prescrições, cujo conhecimento era transmitido oralmente, consistiam essencialmente em práticas mágicas, como encantações e gestos rituais destinados a expulsar a entidade maléfica alojada no organismo, e porte de amuletos ou de tatuagens. Entretanto, desde tempos arcaicos, apelou-se progressivamente a recursos de uma medicina empírica. Exploravam-se as virtudes curativas de plantas medicinais (...). Por outro lado, se no âmbito das concepções mágico-animistas as doenças não eram identificadas como tais, associações de sintomas começaram a se estabelecer a partir do terceiro milênio antes da nossa era (RAFFIN; LEPLÈGE; JUNIOR, 2011, p.15-16).

Na antiga Grécia, a partir do século V a. C, surge uma nova concepção de pensamento na área de saúde. Atribuída a Hipócrates, o ‘pai da medicina’, este modelo integrava princípios racionais para a formulação do diagnóstico sobre o estado do paciente. Denominada como a Doutrina dos Quatro Humores, detalhava que o corpo humano era constituído por partes sólidas como ossos e tendões e pelos Quatro Humores, a saber: o sangue, a fleuma, a bile amarela e a bile negra. Por sua vez, cada um desses humores era associado, respectivamente, ao coração, o cérebro, a vesícula biliar e o baço e, ainda a uma das estações do ano. Os humores relacionavam-se também aos quatro elementos, fogo, terra, água e ar que eram combinados com pares elementares de opostos como quente e frio, úmido e seco, doce e azedo e assim sucessivamente.

A doutrina dos Quatro Humores pautava-se no entendimento de que a saúde e a doença eram uma questão de equilíbrio e desequilíbrio. Sendo assim, a doença era causada por um desequilíbrio, ou seja, a falta ou o excesso de um dos humores, que era provocado, especialmente, pelo clima e pela alimentação do indivíduo. Há uma metáfora política atribuída a Alcmeón⁹ para definir saúde e doença: “se os poderes opostos são equilibrados, o corpo mantém-se saudável, mas se qualquer um se torna rei, resulta a doença” (ROONEY, 2013, p. 21).

A teoria Humoral tratava ainda da saúde mental e do temperamento, aspectos estes desenvolvidos por Galeno, uma das figuras mais influentes na história da

⁹ Contemporâneo de Pitágoras, foi um dos pioneiros da medicina racional grega, a qual estabeleceu as bases da medicina ocidental. Reconheceu o cérebro como o berço do intelecto e dos sentidos e sugeriu sua ligação aos órgãos sensoriais por meio de canais (poros). Foi quem ‘descobriu’ a Trompa de Eustáquio no ouvido e distinguiu artérias de veias (ROONEY, 2013).

medicina e que teve seus trabalhos traduzidos para o árabe e o sírio. Este modelo perdurou por séculos e passou dos gregos para os romanos e, mais tarde, para a medicina bizantina, quando começaram a cair em descrédito à medida em que estudiosos foram verificando inconsistências em seus trabalhos.

Percebe-se assim, que houve um desenvolvimento a partir de Hipócrates com o início da racionalização da reflexão médica, caracterizada pela rejeição das causas sobrenaturais das doenças.

Contudo, com a queda de Roma ocasionada pelas invasões dos então chamados Bárbaros, ocorre uma fragmentação geopolítica da Europa e a quebra do pensamento racional aplicado à cura e à promoção da saúde. No período histórico da Idade Média, é deslocado para os monastérios o que resta da prática médica, retomando o referencial simbólico em substituição ao racional. A doença, passa a ser entendida como consequência do pecado e a dor e o sofrimento como virtudes humanas que devem ser cultivadas (SBISSA; SCHNEIDER; SBISSA, 2011).

Neste momento, acreditamos ser importante destacar que alguns estereótipos que mistificam a Idade Média associando este período à 'idade das trevas', da superstição e do atraso desconsideram outros aspectos importantes que precisam ser evidenciados. Segundo Almeida,

foram os avanços obtidos na Idade Média que fizeram as descobertas posteriores possíveis. Eles situaram-se nas mais diferentes áreas (economia, filosofia, etc.) e criaram estruturas como as universidades, que permanecem até hoje. Foi graças às melhorias duramente atingidas na agricultura durante a Idade Média que o crescimento da população, do grande comércio e das cidades se tornou possível, fator indispensável ao fenômeno conhecido como Renascimento. Mas todo período de transição é um período crítico, de incertezas e necessárias adaptações (ALMEIDA, 2009, p.38).

O pensamento sobre a medicina dentro de uma lógica cristã de dualidade entre o corpo e a alma, carregava o caráter moral e simbólico vinculados ao pecado. Os cuidados médicos ficaram sob responsabilidade da Igreja, uma vez que esta era quem possibilitava a verdadeira cura.

Se compararmos a Idade Média à Antiguidade Clássica, veremos que os gregos antigos não faziam dissecação de corpos humanos e nem autópsias para averiguar a causa das mortes. Não havia escolas de medicina e a aprendizagem se dava por meio de mestres que ensinavam aos seus discípulos uma anatomia com pouca profundidade. Porém, o médico hipocrático precisava conhecer seu paciente,

suas condições econômicas, sociais, o que comia, o que bebia, para aplicação da doutrina existente na época. Como não existiam hospitais, o tratamento à beira do leito era feito em sua casa.

Na Idade Média a medicina era vista como uma obrigação cristã, uma missão, e não como uma profissão a ser remunerada. A medicina praticada era simples e as plantas com propriedades curativas eram utilizadas. Surgiram os hospitais medievais, que não tinham um caráter terapêutico e se assemelhavam mais a casas de caridade que serviam para separar os doentes do restante da sociedade. Este recurso foi utilizado durante um dos fenômenos mais associados à Idade Média: a peste. Mais conhecida, a peste negra, transmitida pelos ratos, dizimou grande parte da população europeia.

Como relata Almeida (2009), neste período surge um importante fator na história da medicina, as universidades europeias que ofereciam três áreas de especialização: teologia, direito e medicina. A partir daí, os avanços em medicina começaram a aparecer, mas com a ascensão da burguesia, o modelo socioeconômico existente deixou de atender aos anseios e o domínio da Igreja e começou a se enfraquecer. A religiosidade excessiva também começou a ser questionada e há uma retomada dos pensamentos greco-romanos, durante o Renascimento, com uma ambientação propícia ao desenvolvimento cultural e científico.

O Renascimento foi um período histórico de grande movimento cultural, intelectual e artístico surgido na Itália, entre os séculos XIV e XVII. Esse movimento possibilitou, à época, uma valorização da busca por conhecimento e uma retomada dos valores e do pensamento greco-romano.

Na medicina observou-se uma importante expansão técnica, com aplicação dos princípios racionais de construção do conhecimento e da experimentação que confirmava ou não a veracidade teórica. Simultaneamente e de forma gradual, as principais universidades da época localizadas na França, Alemanha e Itália vão se desvincilhando dos credos e ensinamentos eclesiásticos, o que somado ao advento da imprensa possibilita a transferência do conhecimento para a população em geral (SBISSA; SCHNEIDER; SBISSA, 2011, p. 96).

Houve um aprimoramento dos conhecimentos anatômicos, sendo autorizada, em alguns casos, a dissecação de cadáveres com a finalidade didática, o que possibilitou estudos mais amplos da fisiologia e serviram para refutar as teorias de Galeno. Com esta nova perspectiva, o conhecimento médico foi sendo modificado e

conceitos antigos moldados por superstições e truques da medicina medieval foram, aos poucos, sendo substituídos por um maior experimentalismo.

Dessa forma, o cadáver, definitivamente inserido no campo médico, possibilitou a valorização da análise do corpo. Produziu-se, com isso, uma transformação no olhar clínico: a doença deixou de ser uma “espécie patológica” que se inseria no corpo, para ser o próprio corpo tornando-se doente (SBISSA; SCHNEIDER; SBISSA, 2011, p. 97).

Nessa fase, o médico começou a ascender socialmente, sendo reconhecido, geralmente, por ser “um profissional erudito, humanista e letrado, destacando-se muitas vezes também em outras áreas do conhecimento” (FERNANDES, 2000, p. 59).

Com o surgimento das primeiras sociedades científicas, o ensino médico que era bastante irregular nas Universidades e baseava-se, até então, em textos clássicos de Galeno ou traduções de médicos muçulmanos, passa a ser dominado pelo experimental, método indutivo e empirismo. Segundo Fernandes:

Neste período começaram a ser editadas publicações científicas dessas entidades, com o objetivo de divulgar as principais descobertas, sendo a mais conceituada a *Philosophical Transactions* da Royal Society da Inglaterra, na qual os médicos eram seu mais influente e numeroso grupo. Na maioria dos países havia três classes de profissionais: os bachareis, os licenciados e os doutores, grau mais elevado, que gastavam até 13 anos em sua formação curricular específica. Geralmente eram oriundos da classe média e atendiam pacientes da elite, e no caso de sucesso profissional, ascendiam socialmente (FERNANDES, 2000, p. 59).

É também nesse período que outras profissões da saúde começam a se organizar. Os boticários separam-se dos comerciantes e tem sua prática profissional normatizada em 1704. Os dentistas passam a ter status profissional e um curso regular surge na França.

Para os mais pobres as condições de vida eram precárias e esses indivíduos eram mais suscetíveis às epidemias que continuavam a assolar a Europa. Para as elites, as mudanças foram significativas: o desenvolvimento do comércio, da liberdade, do sexo antes muito reprimido, que acabou disseminando a Sífilis também para outras classes sociais. Neste período,

paralelamente ao desenvolvimento do mercantilismo ocorreu uma centralização de poder no Estado, caminhando em direção a um governo nacional único que objetivava colocar a vida econômica e social ao seu serviço, confundindo o bem-estar da comunidade com o do Estado, sendo o seu fortalecimento a principal meta dos programas sociais, visando aumentar

o poder e a riqueza nacional. Portanto, cada Estado deveria ter uma população numerosa, saudável e controlada. Com o progressivo crescimento industrial, a produtividade passou a ser um elemento essencial na geração de riquezas, tornando a doença um problema econômico. Assim sendo, contabilizar a população e suas doenças passou a fazer parte de um planejamento estratégico, trazendo benefícios indiretos para o desenvolvimento da saúde pública (FERNANDES, 2000, p. 59).

Para atender às novas aspirações das classes sociais mais abastadas, novas medidas de higiene e saúde pública foram implementadas e, neste contexto, surgem os hospitais modernos, cujo modelo distanciava os doentes de seus familiares e da sociedade, mas a partir de então, contando com novas técnicas e estruturas mais aperfeiçoadas.

Assim, nesse universo de mudanças científicas, políticas e econômicas, surge um novo modelo de compreensão do homem e do universo e, na saúde desenvolve-se a base para a racionalidade e a objetividade na formulação de diagnósticos e de tratamentos, onde a subjetividade passa a ser desconsiderada e o foco passa a ser o sintoma. E, nesse contexto, o afeto começa a ser identificado como um dificultador da objetividade necessária para o processo lógico fundamental para o exercício da medicina.

A medicina, desenhada pelos conhecimentos científicos “serviu-se de métodos, conceitos e instrumentos de outras ciências que se instituíram a partir do século XVII, como a Física, a Química, a Biologia” (RAFFIN; LEPLÈGE; JUNIOR, 2011, p.31). O corpo humano começa então a ser visto como uma máquina.

Descartes foi quem sustentou uma concepção mecanicista e determinista do ser vivo. O método cartesiano teve influência em todo o desenvolvimento científico e, a partir deste entendimento, houve uma distinção do corpo e da alma. O corpo humano passou a ser visto por partes esquematizadas, padronizado, sem individualidade e que podia ser manipulado. Morrer, nesta concepção, é deixar de funcionar.

Estudos sobre o sistema nervoso começam a ser realizados e, de forma geral, as doenças passam a ser mais bem descritas. A nosologia também recebe a influência de princípios mais rigorosos de observação e precisão. Em 1796, registra-se a primeira vacina contra a varíola e diversos campos de pesquisa começaram a surgir.

A partir dos estudos de Pasteur e com o desenvolvimento da microbiologia, a concepção ontológica¹⁰ da doença, que se contrapunha à concepção dinâmica, modificou o entendimento sobre doenças infecciosas. Inicia-se um período de avanços onde um grande número de informações científicas, o desenvolvimento de técnicas e o surgimento de novas tecnologias como a anestesia e a esterilização, resultaram em uma medicina cada vez mais especializada.

Para Raffin, Laplège, Junior (2011) o desenvolvimento metodológico em epidemiologia e em farmacologia clínica, bem como o avanço das técnicas de investigação no domínio biológico e da genética, permitiram um grande impulso da ação médica.

Desde o século XX foram tantas as evoluções que seria impossível descrever neste capítulo os inúmeros progressos alcançados. No entanto, Sbissa, Schneider, Sbissa (2011) destacam a perpetuação do modelo biomédico, dedicado às análises clínicas, genéticas e à biologia molecular que, apesar de serem significativas, continuam vendo o ser humano como uma máquina biológica, descartando seus aspectos psíquicos e sociais.

De fato, a medicina hoje pode fazer muito pelo homem. Os estudantes de medicina saem da faculdade bem formados tecnicamente e conhecendo a mais alta tecnologia. Segundo Muccioli et al. (2007) mesmo com todas as possibilidades de cura que existem à disposição, as pessoas nunca estiveram tão desencantadas com seus médicos, pois estes profissionais vêm perdendo a capacidade de ver o paciente como um ser humano único e respeitá-lo com tal. São horas de espera para uma consulta fria e rápida que desconsidera todo o contexto de vida do indivíduo. E, diante desta perspectiva, nunca foi tão necessário que a ciência caminhe mais próxima do lado humanístico e filosófico da medicina.

2.1 UM DESTAQUE PARA A ENFERMAGEM

¹⁰ A concepção dinâmica vê a doença como produto da desarmonia entre forças vitais, sendo que o restabelecimento da saúde advém da restauração do equilíbrio. Na concepção ontológica, a doença assume o caráter de uma entidade natural ou sobrenatural, externa ao corpo humano, que se manifesta ao invadi-lo. Com o advento da Bacteriologia, a concepção ontológica firmou-se vitoriosa e suas conquistas levaram ao abandono dos critérios sociais na formulação e no enfrentamento dos problemas de saúde das populações (OLIVEIRA; EGRY, 2000).

Considerando a importância da Enfermagem para a área da saúde, propomos também uma reflexão visando destacar aspectos que facilitem o entendimento do tema desta pesquisa, bem como acreditamos ser relevante descrever um pouco do contexto histórico que marca a trajetória desta profissão.

Para isso, como justificamos anteriormente, propomos uma abordagem que não busca discutir exaustivamente conceitos ou apresentar uma ordenação cronológica rígida marcada por personagens e fatos isolados, mas sim, possibilitar algumas análises sobre os aspectos históricos, sociais e políticos que permearam seu desenvolvimento ao longo do tempo.

As crenças de que as doenças eram castigos divinos levavam os povos primitivos à busca por tratamentos realizados por ‘feiticeiros’ ou ‘sacerdotes’ que tinham o dom de afastar os ‘maus espíritos’. Segundo Spagnol (2005) a partir do início da Era Cristã e durante a Idade Média, o trabalho da Enfermagem foi pautado por um modelo religioso, restrito à caridade e ao conforto da alma do doente. As doenças passaram a ser consideradas como atos divinos e os pecadores sofriam uma espécie de punição.

Cuidar do doente e do desamparado é ideal de todos os cristãos. Alguns doam seus bens e se recolhem ao claustro. O cuidado de doentes ocupa então, importante lugar na vida dos monges. Atingiram a um alto grau de organização social essas sociedades feudais e a enfermagem prestada aos doentes era um aspecto dessa organização. Mulheres de educação e fineza chamam a si os mistérios árduos da enfermagem, derivando mérito do exercício da vontade (ANGELO; FORCELLA; FUKUDA, 1995).

Neste enfoque, o cuidado aos doentes era associado a um espírito de benevolência de pessoas ligadas à Igreja e, se bem praticado, aproximaria os cristãos de Deus garantindo o perdão pelos pecados cometidos.

Com o advento do capitalismo e a ascensão da burguesia o modelo vigente deixa de ser somente religioso, o que não significa que este tenha desaparecido abruptamente. O avanço da Medicina possibilitou uma reorganização dos hospitais, como mencionamos anteriormente e, neste cenário, surge Florence Nightingale¹¹, considerada a ‘fundadora’ da Enfermagem Moderna.

¹¹ Florence Nightingale nasceu na Itália em 1820 e é considerada a ‘fundadora da Enfermagem Moderna’. Serviu como chefe e treinadora de enfermeiras durante a Guerra da Crimeia (1853-1856) onde trabalhou no atendimento a soldados feridos. Ganhou prestígio e foi apelidada como a ‘Dama da Lâmpada’ por percorrer as enfermarias à noite utilizando este instrumento enquanto cuidava dos

Florence Nightingale é retratada pela História da Enfermagem como uma mulher que era dotada de grande vocação para o cuidar dos doentes e que desenvolveu um importante trabalho como voluntária durante a Guerra da Crimeia.

Florence Nightingale foi quem implantou a divisão técnica do trabalho de enfermagem, desenvolveu o primeiro modelo de assistência de enfermagem por meio da sistematização do trabalho, além de contribuir com o desenvolvimento da saúde pública, e a organização do ensino de enfermagem. Fundamentada em sua visão revolucionária, a enfermagem iniciou sua organização e se consolidou cientificamente como profissão (BORGES *et al.*, 2000).

No entanto, como reflete Kruse (2006):

Seria enganoso atribuir somente às ideias de Florence Nightingale todo o movimento de criação e desenvolvimento da enfermagem moderna. Como já disse, a emergência do trabalho de Florence Nightingale ocorre em plena Modernidade, época da decadência da hegemonia metafísica e da emergência do positivismo como concepção científica, o que acarretou um grande avanço no reconhecimento da área da saúde. É desta época, segunda metade do século XIX, a invenção de diversos aparelhos que auxiliam no diagnóstico e tratamento de doenças (...), bem como a utilização do microscópio que possibilitou os estudos de Pasteur sobre a proliferação dos germes, produzindo o desenvolvimento de ciências como a Microbiologia e a Imunologia. Este paradigma, o positivismo, ao considerar válidos apenas aqueles conhecimentos passíveis de verificação empírica, produziu uma fragmentação no conhecimento sobre o corpo, que passa a ser organizado a partir de órgãos doentes. Assim, os médicos passam a ser considerados os detentores do saber científico, ao mesmo tempo em que aqueles que desenvolviam outras práticas relacionadas à saúde são considerados bruxos e charlatões. Possivelmente, a visibilidade alcançada por seu trabalho também se deveu à posição social que ocupava e ao fato de ter organizado um sistema de formação que, ressalvadas algumas mudanças, perdura até os dias de hoje (KRUSE, 2006, p. 407).

Ressaltamos que não questionamos aqui a grande importância de Florence Nightingale para a História da Enfermagem. A contribuição advinda de seu trabalho é, sem dúvida, notória e fundamental. O que sublinhamos, no entanto, é se esta história que vem sendo tão amplamente divulgada, marcada por grandes personagens, realmente tem possibilitado uma reflexão mais crítica sobre o desenvolvimento da Enfermagem. Os feitos de Florence Nightingale têm sido muito propagados e, considerando os aspectos sociais e políticos do período histórico em que viveu, justificam-se muitos fatores presentes em sua vida e obra. Porém, como salienta

soldados feridos. São atribuídas a ela as bases da enfermagem profissional por meio da fundação de sua Escola de Enfermagem no Hospital St. Thomas, em Londres. Florence Nightingale faleceu em Londres, em 1910.

Kruse (2006) o sistema proposto por ela previa o treinamento de enfermagem nos hospitais, sempre sob a direção do médico, originando um trabalho subordinado que ainda é presente atualmente.

No Brasil, a criação da Escola de Enfermagem Anna Nery ¹²se deu em 1922, sob a justificativa de formar trabalhadores ‘especializados’ para o combate de doenças infectocontagiosas que estariam ameaçando o comércio do Brasil com os países importadores. Sendo assim, a proposta visava, predominantemente, o âmbito da Saúde Pública, compreendida por seus aspectos preventivos e de atenção primária, realizadas fora do ambiente hospitalar e vinculadas ao Estado. No entanto, esta versão, vem sendo questionada e outras possibilidades de leitura têm surgido, devido ao aprofundamento de estudos sobre este tema que apontam que tal justificativa foi utilizada por autoridades sanitárias da época, sem bases de sustentação (RIZZOTTO, 2013).

O discurso sinalizava a necessidade da formação de enfermeiras para a realização de um trabalho preventivo, mas destacava a importância de qualificar a mão de obra para o atendimento de doentes nos hospitais. Esta possibilidade de trabalho era apontada como uma oportunidade para que as moças de classe média se inserissem no mercado de trabalho.

O processo de seleção das alunas, nessa escola, em consonância com seus objetivos, era rígido e elitista. O primeiro Regimento Interno da Escola de Enfermagem Anna Nery, exigia das alunas a apresentação de certificado de exames preparatórios de Português, Aritmética, Francês, Inglês, Geografia e História do Brasil, Física, Química e História Natural; ou diploma de escola Normal ou curso oficial equivalente. Exigia ainda, idade entre 20 e 35 anos; atestado de boa conduta e, a situação civil de solteira, viúva ou separada legalmente do marido. Por essas exigências, podemos inferir que não eram muitas as mulheres brasileiras que atendiam a todos esses requisitos; não há dúvida de que falar duas línguas estrangeiras e ter cursado uma Escola Normal eram privilégios de um grupo muito restrito (RIZZOTTO, 2013, p. 52).

Estas exigências baseavam-se nos princípios norteadores de Florence Nightingale e possuíam grande apelo moral, já que buscavam atrair mulheres brasileiras das melhores camadas sociais que possuísem vocação, boa instrução

¹² Anna Justina Ferreira Nery, conhecida como Anna Nery, nascida na Bahia em 1814, é reconhecida por sua relevância na História da Enfermagem no Brasil. É apontada como uma ‘heroína’ brasileira, por ter prestado importante serviço voluntário na Guerra do Paraguai. Viúva e tendo seus filhos partido em missão, Anna Nery foi para o Rio Grande do Sul, onde aprendeu noções básicas de Enfermagem, seguindo posteriormente para os locais de batalha para cuidar dos feridos durante a Guerra.

secundária, que fossem disciplinadas e seguissem as regras dos bons costumes e da ética.

Nessa época, os intelectuais brasileiros se formavam na Europa e nos Estados Unidos ou tinham por hábito visitar estes países e, através do estabelecimento de comparativos, acabavam por importar padrões que acreditavam ser necessários para o desenvolvimento do Brasil. Os Estados Unidos já haviam adotado o modelo de Florence Nightingale iniciado na Inglaterra e, assim, a concepção da formação em enfermagem no Brasil assimilou o modelo norte-americano.

Um dos princípios da Escola Brasileira previa a imprescindibilidade dos estudos práticos que eram determinantes para que a escola fosse anexa a um hospital, possibilitando, desta forma, que as alunas tivessem acesso para visitas onde seriam treinadas nas especialidades, o que sugere a intenção, à época, de se utilizar o trabalho prático das alunas.

O artigo 418 do Decreto 16.300/23, de 31 de dezembro de 1923, que aprovou o Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública, trouxe em alguns artigos, questões referentes ao funcionamento da Escola e que nos permitem inferir a exploração do trabalho das alunas:

As alumnas serão obrigadas a um serviço diario de oito horas, no Hospital Geral de Assistencia ou em outro estabelecimento de assistencia, para cujo serviço sejam destacadas (...). As alumnas terão direito a dous dias de descanso por semana e a uma quinzena de ferias anualmente. (BRASIL, 1923).

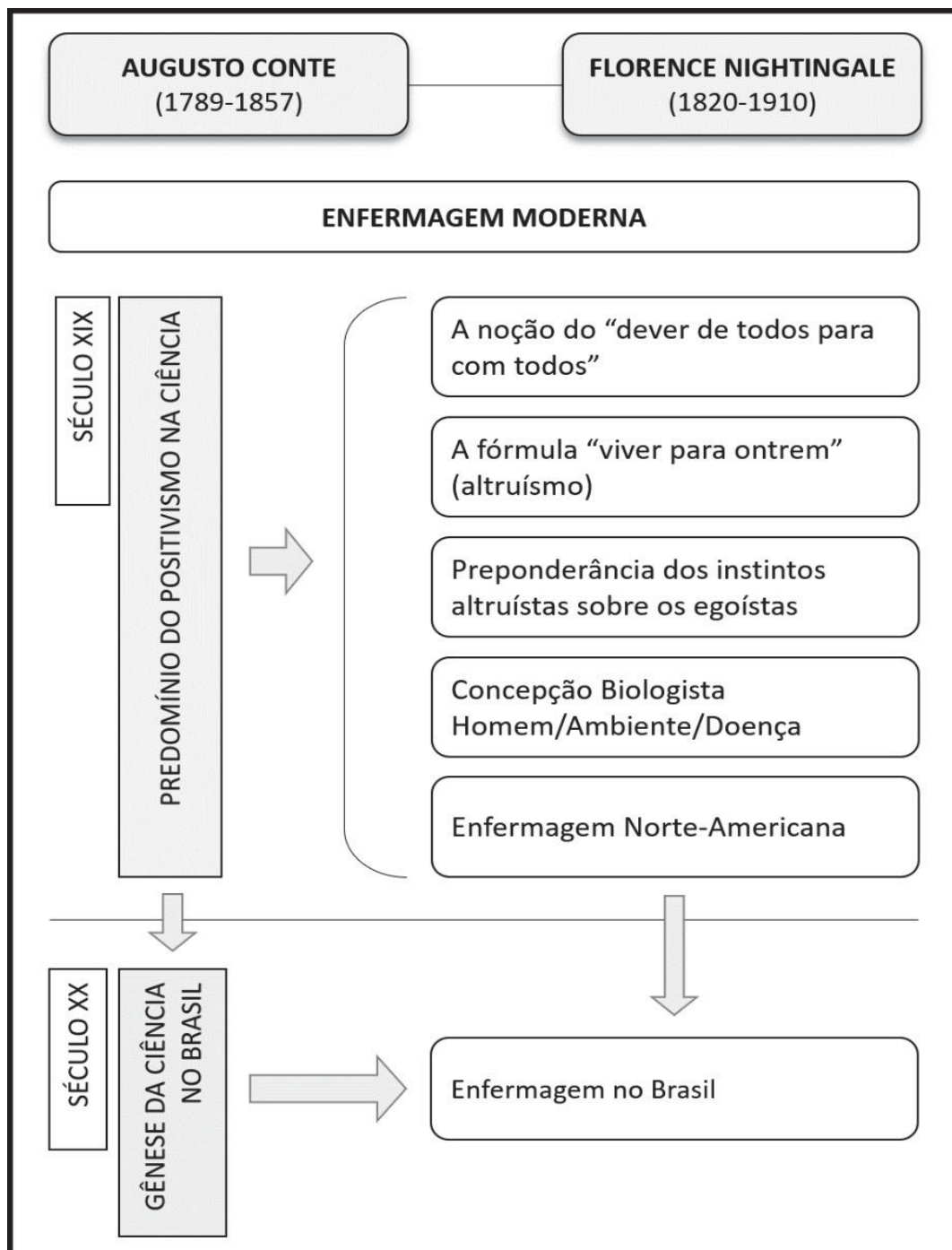
Além disso, o currículo, muito similar ao norte-americano, apontava para um direcionamento hospitalar, centrado na doença e no aspecto curativo reforçando o Modelo Biomédico. Em 1926, ocorreu a inclusão da disciplina de Psicologia, em um momento em que o Movimento da Escola Nova ganhava corpo no Brasil. Contudo, objetivava-se com esta implantação, o desenvolvimento individual de capacidades e aptidões (RIZZOTTO, 2013).

A tecnificação se fez presente na elaboração dos procedimentos, rotinas e normas realizados na assistência fazendo com que as equipes, até os dias atuais, ainda que possuam profissionais com qualificações diferentes, seja dotada de uma

homogeneidade que faz com que a sociedade não identifique a hierarquia existente em uma equipe de Enfermagem.

A Figura abaixo destaca a influência do positivismo na Enfermagem:

FIGURA 1 - A INFLUÊNCIA DAS IDÉIAS POSITIVISTAS NA ENFERMAGEM



FONTE: Adaptado de ALMEIDA, A.M. et al (1996).

Acreditamos que este contexto de formação que introduziu a enfermagem no Brasil contribuiu para o direcionamento da formação da Enfermagem em nosso país muito conduzida para o campo hospitalar, orientada por um currículo fragmentado e especializado que dificulta a relação com outros saberes e disciplinas.

Por esta razão, pensamos que é fundamental a discussão acerca da importância da abordagem histórica na formação profissional em saúde para que se reflita sobre os princípios que ainda estão se perpetuando e impedindo a discussão e a abertura de novos caminhos do ponto de vista da atenção à saúde.

Consideramos, neste sentido, que os estudos epistemológicos podem contribuir na formação, na busca da autonomia, no comprometimento dos enfermeiros e demais profissionais da saúde com o contexto social, e para um entendimento político mais amplo que desmistifique a trajetória profissional em saúde, possibilitando novas reflexões e entendimentos.

2.2 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

A saúde no Brasil é direito de todos e dever do Estado, mas nem sempre foi assim. No Brasil colônia, houve uma grande ofensiva da igreja, preocupada em conter o avanço protestante e que buscava combater os resquícios do paganismo, superstições e comportamentos sexuais vistos como desviantes. Segundo Calainho (2007), desenhava-se assim, um amplo projeto de cristianização das massas, de reordenação social e moral, ancorado nos valores legitimamente cristãos, e a Companhia de Jesus surgia neste contexto incorporando tais princípios na área da saúde.

Estabelecidos em Portugal, coube aos jesuítas a tarefa missionária e educacional em seus domínios ultramarinos e, sua ação na área da saúde integrou estes ideais, onde quer que se tenham fixado, atuando no tratamento de doenças e epidemias, fundando hospitais, estudando as plantas curativas da região e mantendo eficientes boticas e enfermarias em seus colégios na Europa, na África, no Oriente e no Brasil (CALAINHOS, 2007, p. 62).

Os jesuítas foram responsáveis, quase que exclusivamente, pela assistência médica neste período. Como a chegada de medicamentos para suprir as boticas era pouco frequente, os jesuítas se voltaram para a utilização dos recursos naturais ajudados pelos indígenas. Nesta época, foram muitas as epidemias que devastaram

a população ameríndia. A epidemia de varíola reduziu de forma drástica as comunidades e a de sarampo foi igualmente destruidora.

Com a chegada da família real ao Brasil, em 1808, houve alguma modificação neste cenário e alguns investimentos em infraestrutura. A criação das primeiras escolas de medicina - a Escola de Cirurgia e Anatomia em Salvador e de Anatomia e Cirurgia, no Rio de Janeiro - possibilitou a formação dos primeiros médicos do Brasil, mas até a Proclamação da República o desenvolvimento do ensino superior desenvolveu-se muito lentamente.

Somente após a 'Independência do Brasil', começaram a ocorrer mudanças relacionadas à higienização sanitária, devido ao crescimento de doenças associadas à falta de higiene e saneamento básico. Com o crescimento do número de internações devido à varíola em 1904, Oswaldo Cruz, então Diretor-Geral de Saúde Pública, tentou promover a vacinação em massa da população, o que causou grande repercussão que, com o apoio da imprensa e do congresso, ocasionou uma rebelião popular e o governo acabou por suspender a obrigatoriedade da vacina.

Ao tratarmos deste tema, nos permitimos abrir um parêntese devido à sua atualidade para refletirmos como os fatores relacionados a um contexto sociocultural e político são passíveis de discussão na área da saúde: a confiança da população nos serviços de saúde e na ciência, o entendimento sobre direitos individuais e coletivos, além da percepção de manipulação do corpo são assuntos polêmicos e atuais e, portanto, precisam ser estudados com maior profundidade. Cabe ainda salientar a importância do exercício da cidadania relacionados à elaboração e implementação das políticas públicas.

No governo de Getúlio Vargas foram iniciadas as mudanças que visavam a centralização da saúde. Foi criado o Ministério da Educação e Saúde e algumas iniciativas para controlar epidemias e endemias. A Constituição de 1934 concedeu assistência médica e licença-gestante para as trabalhadoras. Neste contexto, Luz adverte:

(...) na primeira metade deste século podemos observar: centralismo, verticalismo e autoritarismo corporativo, do lado da saúde pública; clientelismo, populismo e paternalismo, do lado de instituições de previdência social, incluindo as de atenção médica. Estes traços, modelados durante cerca de cinquenta anos, ainda são característicos das instituições e políticas de saúde brasileiras e integram, a priori, a ordem política que se constitui nesse período. É o próprio rosto de nossa estrutura social que se desenha sobre essa dupla face, ao menos no que esse rosto tem de mais atroz e recorrente em termos de poder (LUZ, p. 80, 1991).

Com a promulgação da Constituição Federal em 1988, foi criada a base para o sistema que temos atualmente. A Lei federal 8.080 de 1990, regulamentou este sistema que é um dos maiores e mais complexos do mundo. O SUS foi concebido para garantir o acesso integral, universal e gratuito para toda a população brasileira.

A gestão do SUS envolve a União, os Estados e Municípios e abrange a atenção primária, média e de alta complexidade, além dos serviços de urgência e emergência, ações e serviços das vigilâncias epidemiológicas, ambiental, sanitária e assistência farmacêutica.

Apesar das grandes mudanças que ainda são necessárias para que a população brasileira tenha um melhor atendimento na área da saúde, é inquestionável os avanços propiciados pelo SUS. Essa foi uma das maiores conquistas dos brasileiros e, apesar do mau gerenciamento e da falta de investimento financeiro é necessária a sua valorização para que ocorra o seu aperfeiçoamento.

CAPÍTULO 3: PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

Neste Capítulo descrevemos o percurso metodológico da pesquisa. O estudo apresentado é de natureza qualitativa, de caráter bibliográfico, do tipo Estado do Conhecimento.

Segundo Minayo estudos quantitativos e qualitativos possuem singularidades em relação à sua natureza:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2002, p. 21-22).

O fenômeno ou processo social precisa ser entendido nas determinações e transformações dadas pelos sujeitos, ainda que os estudos qualitativos e quantitativos não se oponham, ao contrário, se complementem, por interagirem dinamicamente (MINAYO, 2002). Assim, optamos pela utilização de uma abordagem qualitativa nesta pesquisa do tipo Estado do Conhecimento.

Segundo Morosini e Fernandes (2014) o Estado do Conhecimento é constituído pela identificação, registro e categorização que conduzem o pesquisador à reflexão e síntese sobre a produção científica de uma determinada área. Nesse processo, considera-se um determinado espaço de tempo e reúne-se, numa temática específica, periódicos, teses, dissertações e livros. Tal estudo, segundo as autoras, tem sua importância justificada por favorecer a leitura da realidade do que está sendo discutido na comunidade acadêmica.

Além de possibilitar parâmetros para novas pesquisas, de forma a identificar tendências e/ ou lacunas em determinada área do conhecimento, pesquisas do tipo estado do conhecimento são relevantes para que se conheça a extensão do que vem sendo produzido, inclusive podendo identificar incompatibilidades. Acrescentamos ainda o fato de que:

(...) pode-se dizer que faltam estudos que realizem um balanço e encaminhem para a necessidade de um mapeamento que desvende e examine o conhecimento já elaborado e apontem os enfoques, os temas mais pesquisados e as lacunas existentes (ROMANOWSKI; ENS, 2006, p. 38).

Sendo assim, diante da importância de tais estudos, buscamos compreender o material investigado por meio da Análise de Conteúdo. Conforme descrito por Bardin (2006), este método pode ser definido como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos objetivos e sistemáticos para o alcance de indicadores que permitam uma interpretação fundamentada. Com isto, pretendemos responder à questão norteadora deste estudo: *De que maneira a epistemologia de Thomas Kuhn e Ludwik Fleck vem sendo apropriada por pesquisadores brasileiros da área da saúde, em um mesmo trabalho?*

Os dados apresentados foram constituídos no Portal de Periódicos e no Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). A escolha destes meios como local de constituição dos dados é devido à amplitude alcançada, pois são sistemas bastante completos.

No Catálogo é possível realizar a busca de Teses e Dissertações (TD) dos programas da pós-graduação no Brasil, com registros a partir de 1987, por meio de dados que são atualizados anualmente. Os programas de pós-graduação se responsabilizam pela veracidade dos dados, o que confere maior credibilidade às pesquisas realizadas.

As buscas no sistema podem ser feitas por autor, título, instituição, nível e ano de defesa do trabalho, nos campos resumo, palavras-chave, biblioteca, linha de pesquisa, área de conhecimento, programa, agência financiadora, nível e, caso o usuário deseje, existe a possibilidade de pesquisar em todos os campos, como fizemos nesta pesquisa.

Diante da intenção de encontrar estudos que abordassem Kuhn e Fleck no mesmo trabalho, os termos de busca foram os nomes dos autores, utilizando o operador booleano 'AND' para localizar os dois termos em uma mesma pesquisa. Assim, foram feitas buscas por 'Ludwik Fleck AND Thomas Kuhn', também usamos as abreviaturas 'L. Fleck AND T. Kuhn' e, finalmente, apenas os sobrenomes 'Fleck AND Kuhn'. Consideramos também ordenações diferentes e buscamos por 'Thomas Kuhn AND Ludwik Fleck', 'T. Kuhn AND L. Fleck' e 'Kuhn AND Fleck'. Os termos foram considerados em qualquer parte do texto e os trabalhos foram lidos na íntegra para nos certificarmos de que realmente estavam de acordo com os critérios de busca estabelecidos. A mesma busca foi também realizada no Portal de Periódicos da

CAPES. Foram considerados todos os estudos encontrados, não limitando as pesquisas por recorte temporal.

Foram empregados critérios pré-estabelecidos de inclusão e exclusão dos estudos pesquisados. Foram critérios de inclusão: a) abordagem de Kuhn e Fleck no mesmo trabalho; b) realizados em qualquer esfera de ensino, pública ou privada, em território nacional; c) realizados na área da saúde; d) publicados em língua portuguesa.

Para exclusão dos estudos foram critérios: a) documentos que não abriram para a leitura completa; b) documentos duplicados nas bases pesquisadas.

Após a realização das buscas, atendendo aos critérios de inclusão e exclusão, resultaram como objeto de análise duas teses, duas dissertações e sete artigos de periódicos, que se encontram organizados, com seus códigos e referências completas.

QUADRO 1 - TESES (T), DISSERTAÇÕES (D) E ARTIGOS (A) SELECIONADOS

Descritor	Referência
T1	TESSER, C.D. Epistemologia contemporânea e saúde: a luta pela verdade e as práticas terapêuticas. 295 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.
T2	GUEDES, C.R. A subjetividade como anomalia: estratégias médicas para lidar com os sintomas vagos e difusos em biomedicina. 128 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio De Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
D1	GONCALVES, L. A. P. Medicina e Enfermagem - saberes e práticas incomensuráveis? Uma abordagem à luz da hermenêutica e dos science studies. 132 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.
D2	BERG, J. K. Para que serve uma enfermagem de clínica médica?: reflexões a partir de um hospital universitário. 71 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.
A1	TESSER, C.D.; LUZ, M.T. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. <i>Ciência e Saúde Coletiva</i> , v.7, n. 2, p. 363-372, 2002.
A2	GUEDES, C.R.; NOGUEIRA, M.I.; CAMARGO JR, K. R. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. <i>Ciência e Saúde Coletiva</i> , v.11, n.42, p. 1093-1103, 2006.
A3	TESSER, C.D. Contribuições das epistemologias de Kuhn e Fleck para a reforma do ensino médico. <i>Revista Brasileira de Educação Médica</i> , v.32, n.1, p. 98-104, 2008.
A4	TESSER, C.D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. <i>Ciência e Saúde Coletiva</i> , v. 13, n. 1, p. 195-206, 2008.
A5	UCHÔA, S.A.C.; CAMARGO JR., K.R. Os protocolos e a decisão médica: medicina baseada em vivências e ou evidências? <i>Ciência e Saúde Coletiva</i> , v. 15, n. 4, p. 2241-2249, 2010.

A6	NOGUEIRA, M. I.; GUEDES, C.R. Da graduação biomédica à Medicina de Família: aprendendo a se tornar um "médico da pessoa". Physis Revista da Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 439-460, 2013.
A7	GONÇALVES, L.A.P.; MENDONÇA, A.L.O; CAMARGO JR. K. R. A interação entre médicos e enfermeiras em um contexto hospitalar. Ciência e Saúde Coletiva, v. 24, n.3, p. 683-692, 2017.

FONTE: Elaborado pelas Autoras (2021).

A análise dos dados foi realizada em três etapas. Na primeira etapa, fizemos a codificação a partir da leitura dos trabalhos selecionados considerando-se o objetivo desta pesquisa e o referencial teórico.

Na segunda etapa realizamos a categorização a partir de um agrupamento dos códigos identificados considerando-se a similaridade entre eles. Nesta fase, os códigos se transformaram em categorias por meio da construção de relações que permitissem o alcance dos resultados.

Por fim, iniciamos a fase seguinte desta pesquisa que consiste na apresentação dos resultados que serão descritos no próximo capítulo.

Ressaltamos ainda que apresentamos como Anexo a este trabalho os resumos das pesquisas selecionadas para análise. Entendemos que a leitura destes resumos possibilitará uma maior compreensão do que os pesquisadores desenvolvem em seus trabalhos e como dialogam com Fleck e Kuhn em seus cenários de investigação.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS E DISCUSSÃO - PANORAMA DAS PESQUISAS BRASILEIRAS

Este capítulo tem por objetivo apresentar e analisar as pesquisas que se constituíram como objeto de estudo desta pesquisa, com a finalidade de compreender como e por que pesquisadores da área da saúde têm se apropriado da epistemologia de Fleck e Kuhn em um mesmo estudo. Conforme citado anteriormente, a análise foi realizada por meio da Análise de Conteúdo (Bardin, 2006), sendo organizada através de descritores utilizados para descrever e discutir os resultados encontrados por meio da análise de dados.

Os resultados permitiram traçar um Panorama Geral das Pesquisas além da identificação de seis Categorias de Análise que serão discutidas na sequência: 1) Problemas; 2) Justificativas para a utilização dos autores; 3) Categorias de Fleck e Kuhn mais utilizadas; 4) Semelhanças ou Diferenças entre Fleck e Kuhn apontadas pelos pesquisadores; 5) Preferências por Fleck ou Kuhn pelos pesquisadores e 6) Soluções encontradas.

4.1 PANORAMA GERAL DAS PESQUISAS

O quadro a seguir apresenta um panorama geral dos trabalhos selecionados para análise nesta pesquisa, organizados por descritores, tipos de trabalho científico, título, autores, ano, orientador ou coautor (artigos) e Instituição de ensino vinculada.

QUADRO 2 - PANORAMA GERAL DOS TRABALHOS SELECIONADOS

Descritor	T, D ou A	Título	Autores	Ano	Orientador/Coautor	Instituição de Ensino Vinculada
T1	T	Epistemologia contemporânea e saúde: a luta pela verdade e as práticas terapêuticas	Charles Dalcanale Tesser	2004	Gastão W. de S. Campos e Madel Therezinha Luz	Unicamp
T2	T	A subjetividade como anomalia: estratégias médicas para lidar com os sintomas vagos e difusos em biomedicina	Carla Ribeiro Guedes	2007	Kenneth Rochel de Camargo Jr.	UERJ

D1	D	Medicina e Enfermagem - saberes e práticas incomensuráveis? Uma abordagem à luz da hermenêutica e dos science studies	Leandro Augusto Pires Gonçalves	2014	Kenneth Rochel de Camargo Jr.	UERJ
D2	D	Para que serve uma enfermagem de clínica médica?: reflexões a partir de um hospital universitário	Julia Kleve Berg	2015	Kenneth Rochel de Camargo Jr.	UERJ
A1	A	Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina	Charles Dalcanale Tesser e Madel Therezinha Luz	2002	Madel Therezinha Luz	Unicamp/ UERJ
A2	A	A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico	Carla Ribeiro Guedes Maria Inês Nogueira Kenneth Rochel de Camargo Jr.	2005	Kenneth Rochel de Camargo Jr.	UERJ
A3	A	Contribuições das epistemologias de Kuhn e Fleck para a reforma do ensino médico	Charles Dalcanale Tesser	2008		UFSC
A4	A	Racionalidades médicas e integralidade	Charles Dalcanale Tesser e Madel Therezinha Luz	2007	Madel Therezinha Luz	UFSC
A5	A	Os protocolos e a decisão médica: medicina baseada em vivências e ou evidências?	Severina Alice da Costa Uchoa Kenneth Rochel de Camargo Jr	2007	Kenneth Rochel de Camargo Jr.	UFRN
A6	A	Da graduação biomédica à Medicina	Maria Inês Nogueira Carla Ribeiro Guedes	2013	Kenneth Rochel de Camargo Jr.	UFF
A7	A	A interação entre médicos e enfermeiras em um contexto hospitalar	Leandro Augusto Pires Gonçalves André Luís de Oliveira Mendonça Kenneth Rochel de Camargo Jr.	2017	Kenneth Rochel de Camargo Jr.	UERJ

Fonte: Elaborado pelas Autoras (2021).

Por meio das informações dispostas no quadro apresentado, é possível perceber que a produção científica na área da saúde que contempla Fleck e Kuhn em um mesmo trabalho, conta com pesquisas realizadas a partir de 2002 e o último estudo é do ano de 2017. Em quinze anos foram produzidos onze trabalhos vinculados a cinco Universidades Públicas: UERJ com cinco trabalhos, Unicamp dois trabalhos, UFSC também produziu dois trabalhos e UFRN e UFF produziram um trabalho cada uma.

Em relação aos Orientadores e Coorientadores das pesquisas, destaca-se o Professor Doutor Kenneth Rochel de Camargo Jr., da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que orientou e foi coautor de sete (T2, D1, D2, A2, A5, A6 e A7) dos onze trabalhos. Por sua vez, a Professora Doutora Madel Therezinha Luz, aposentada pela UERJ, atualmente colaboradora da UFRGS e colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFF, orientou ou foi coautora de três trabalhos (T1, A1 e A4). Em T1, o Professor Titular da Universidade de Campinas (Unicamp), Doutor Gastão W. de S. Campos trabalhou conjuntamente com a Professora Doutora Madel Therezinha Luz, coorientadora da pesquisa.

Relacionando as Instituições de Ensino aos Orientadores e Coautores dos estudos, percebe-se a existência de uma rede de pesquisadores que trabalham para disseminar o referencial de Fleck e de Kuhn formando um Coletivo de Pensamento, se tomarmos a concepção Fleckiana ou Comunidade Científica, no entendimento Kuhniano.

Neste sentido, ressalta-se a importância do Grupo de Pesquisas CNPQ, Racionalidades em Saúde: Sistemas Médicos e Complexos e Práticas Complementares e Integrativas, atualmente sediado no Instituto de Saúde da Comunidade da UFF, que tem como líder a Professora Doutora Madel Therezinha Luz.

É possível inferir também a relação existente entre as Teses e Dissertações e os Artigos Publicados. Neste sentido, há relação entre T1 e A1, A3 e A4. Por sua vez, T2 relaciona-se a A2 e A6. Também é possível fazer a correspondência entre D1 e A7. Ressalta-se, no entanto, que todos os estudos foram considerados para análise. Desta forma, passaremos a discutir detalhadamente cada uma das categorias propostas para análise neste estudo.

4.1.1 Problemas de Pesquisa

No contexto de análise relacionado à categoria *Problemas de pesquisa* encontrados pelos pesquisadores da área da saúde, os Saberes e Práticas foram os identificados em maior número de ocorrências, seguido por Perspectiva Positivista da Biomedicina, além de problemas relacionados à Formação em Saúde.

Os dados possibilitam identificar, conforme destacado por Muccioli et al. (2007), a existência de um distanciamento entre médico e paciente, comunicação ineficiente, que tem levado à uma constante insatisfação das pessoas com os médicos, conforme citado por A1 neste trecho:

Focalizando a prática clínica biomédica atual, desnudam-se tensões e problemas de comunicação e de confiança entre doentes e terapeutas, notoriamente em relação aos médicos. Esses problemas podem ser exemplificados por situações muito comuns: médicos e doentes se desentendem; os processos diagnósticos não raro se frustram, geram situações anômicas e por vezes são iatrogênicos. Feitos os diagnósticos, frequentemente surgem dilemas terapêuticos, limites terapêuticos ou mesmo ausência de terapêutica. Quando a terapêutica é cientificamente consensual, aparecem de novo problemas quanto a seus riscos, seus custos, suas iatrogenias e suas restrições de abrangência (referenciada na patologia, deixa de lado a “longitudinalidade” do processo saúde-doença do paciente). São comuns os dissensos simbólicos entre profissional e doente e, quando isso não ocorre, aparecem as dificuldades de adesão aos tratamentos médicos prolongados, principalmente nas chamadas doenças crônicas, cuja incidência e prevalência parecem só aumentar. No dia-a-dia da clínica biomédica é muito frequente que doentes sejam dispensados ou reencaminhados a outra especialidade por falta de diagnóstico (A1, 2002, p.364).

O estabelecimento de uma relação de confiança entre médico e paciente é fundamental para a adesão ao tratamento. Uma abordagem médica multidisciplinar, com a integração dos profissionais em áreas diversas do conhecimento, pode permitir uma avaliação integrada dos cuidados às necessidades específicas da pessoa. Porém, para que um paciente tenha autonomia e decida o próprio caminho, é preciso que ele esteja informado do seu estado de saúde e da sua doença. Dessa forma, a atuação do médico em direção aos pacientes deve ser orientadora, buscando explicar e compreender as preocupações para que ocorra uma redução da ansiedade. Para isto, a comunicação humanizada é fundamental. Neste mesmo sentido, A5 destaca:

(...) esta forma de caminhar na direção do "bem do paciente" é também criticada por seu formalismo que separa o cuidado médico do "mundo real" do padecimento, desumaniza a prática e transforma o médico em um

seguidor de esquemas, com os quais suas habilidades se tornariam supérfluas (A5, 2007, p. 2244).

Como já mencionamos, com o desenvolvimento científico, o modelo baseado na racionalidade e na objetividade transformou-se em um dificultador da relação médico-paciente e o afeto, a proximidade, foram se tornando limitados. A2 explica:

Ao se examinar o campo da prática biomédica, vários problemas tornam-se imediatamente aparentes: a insatisfação de pacientes e médicos, os custos crescentes de tratamentos e exames, a formação inadequada de recursos humanos, o mercantilismo e a competição entre os próprios profissionais da área, a precariedade dos programas de saúde, etc. - problemas graves e complexos que, entretanto, parecem se banalizar, dada a frequência com a qual somos confrontados com eles no cotidiano (A2, 2005, p. 1094).

Este entendimento indica uma sensação de banalização dos problemas existentes na área da saúde, nos remete a uma hierarquização nas relações onde se destacam competições e jogos de poder. O status social e acadêmico das profissões se reflete nas relações existentes e, muitas vezes, impedem a efetividade do processo de comunicação. “Dizer a palavra ou silenciar está diretamente relacionado com o status profissional. Esta lógica presente na relação entre profissionais é reproduzida na relação com usuários do serviço” (RODRIGUES E MOREIRA, 2017, p. 43). Nesta hierarquia, a medicina está no topo em uma lógica biologicista e hospitalocêntrica que impede os diálogos entre os diferentes grupos, em parte devido ao fato de ocuparem coletivos de pensamento diferentes:

(...) aqui falo mais especificamente sobre o referencial da sociologia das profissões, vê-se o entendimento da medicina como a profissão por excelência, "imperial", base para a profissionalização das demais ocupações da Saúde que, em sua maioria, não estariam suficientemente profissionalizadas. A partir desta leitura sociológica, os agentes da Saúde se dividiriam em médicos e não-médicos, os primeiros autônomos para decidirem seus rumos e, os outros, buscando reconhecimento; o que está implícito nessa argumentação é a fratura quanto à legitimidade para estes agentes se colocarem nas práticas e quanto às potencialidades de suas ações (D1, 2014, p. 13).

Neste mesmo entendimento, A7 pontua haver certa animosidade entre sujeitos médicos e enfermeiros e este sentimento se reflete nas relações de trabalho e no cotidiano das práticas. Historicamente, este contexto também se apresenta para reflexão. O papel de submissão da mulher, em relação aos homens, não foi alterado no âmbito profissional. A enfermagem, profissão em grande parte exercida por

mulheres, não alterava a condição inferiorizada, de receber ordens dos homens (médicos) não possibilitava independência financeira, e não as afastava de seu papel de mãe já que apenas transferia seus cuidados para outras pessoas, os doentes. Aos médicos coube o curar, aos enfermeiros, o cuidar (RIZZOTTO, 2013).

Ainda considerando uma perspectiva baseada nos problemas apresentados pelos pesquisadores brasileiros da área da saúde que tiveram Fleck e Kuhn como referência, apresentamos as principais menções relacionadas à Perspectiva Positivista da Biomedicina.

A medicina, antes marcada por um caráter mais espiritual, foi substituída por outro mais empírico e experimental. Com isso, houve uma crescente valorização das disciplinas técnicas sobre a das áreas de humanas, o que resultou na institucionalização da Medicina Científica.

A medicina científica moderna, a partir do nascimento da clínica descrito por Foucault (1908) até os dias atuais, desenvolveu progressivamente entre seus praticantes e pesquisadores um imaginário nitidamente mecanicista e analítico, em que o todo é dado pela soma das partes e impera uma noção de causalidade linear, apesar das recentes mudanças ocorridas na cosmologia científica, principalmente provindas da física (Camargo Jr. 1993). A perspectiva epistemológica da biomedicina é positivista, assentada na pressuposição de encontrar na Razão (...) um critério inequívoco de determinação de científicidades, frequentemente associado de modo excludente a ideais de verdade e reprodução fidedigna de um mundo "real" (A1, 2002, p. 365).

Como discutido anteriormente, o modelo Positivista da Biomedicina relaciona-se ao acúmulo de conhecimentos racionais que garantiam a científicidade. Tais inovações científicas eram caracterizadas por descobertas de personagens considerados geniais, que estampavam com suas 'descobertas' as biografias que descreviam com exatidão seus grandes feitos, marcado por verdades definitivas que desconsideravam todo o contexto social existente.

Organizada sistematicamente, a pesquisa sob esta ideologia deve ser neutra, sem interesses e interferências do pesquisador que acabariam comprometendo a qualidade da pesquisa. Esta percepção é encontrada na analogia de que "o cientista, no nosso caso, é o investigador biomédico e a realidade a ser estudada e tratada são as doenças dos pacientes" (A1, 2002, p. 365).

Este mesmo entendimento é encontrado em A2 ao afirmar que

(...) os médicos são guiados por comportamentos que tentam se basear em padrões científicos mais que em particularidades e procuram fazer com que seu trabalho esteja focado na competência técnica e na objetividade sem envolvimento emocional com o paciente (A2, 2005, p. 1096).

E ainda é complementado em D1 que discute o caráter mecanicista da Biomedicina:

Sobre a Biomedicina, racionalidade que vem sendo reificada, tratada nas discussões informais (e em alguns meios formais) como o mal ao qual devemos escapar, os sujeitos que a assumem seriam levados a entender o corpo humano como uma máquina e a doença como uma "entidade". Neste sentido, os profissionais biomédicos seriam meros interventores "mecânicos" atuando sobre as doenças-coisas com soluções instrumentais, restando pouco espaço para a ação relacionada ao que há de humano no processo saúde-doença, e para o humano nesta ação (D1, 2014, p.12).

É inegável o desenvolvimento da medicina oriundo da relação que se estabeleceu entre o mecanicismo, o método positivista e a Biologia. Tal compreensão possibilitou, por meio da observação e da experimentação, estudos que possibilitaram uma melhor compreensão das doenças, seus sintomas e sinais. E, neste contexto de experimentações, “os hospitais e enfermarias se constituíram neste laboratório experimental” (RIZZOTTO, 2013, p. 39). No entanto, este caráter científico atribuído à Medicina também é questionado.

Sendo eminentemente autorreferenciada, a comunidade científica e sua cultura ganham um peso antes negligenciado na construção e legitimação do conhecimento. Lendo uma literatura restritíssima, que circula apenas internamente, desobrigados de explicar ou responder a quaisquer questionamentos ou opiniões vindos de fora de seu universo técnico (que por definição é um ambiente incompetente), os cientistas vivem num mundo peculiar. Constroem uma visão de mundo, um mundo próprio, legitimado e sancionado como verdade pela posição mitológica da Ciência como produtora de verdades na modernidade (D1, 2014, p. 12).

Apesar de ser possível perceber as desvantagens deste modelo que é o que ainda vigora na área da saúde, os avanços alcançados ainda não possibilitam que tais questões sejam analisadas com maior criticidade acerca de sua eficácia na atualidade. O inegável progresso alcançado permanece, em alguma medida, inquestionável.

Por fim, vale a pena comentar que os modernos elegeram um mito fundamental para que pudessem questionar e criticar todos os outros. Esse mito complexo, muito mais que um mito, quase uma instituição transcendental que produz a verdade, pode ser chamado de Ciência. A hierarquia entre o

valor científico e qualquer outro saber é um dos pilares fundamentais da modernidade, e se é assumido na teoria, sempre é ferreamente defendido na prática (T1, 2004, p. 40).

Os princípios mecanicistas e biologicistas acabaram por determinar o surgimento de uma nova necessidade na formação do profissional de saúde: a especialização. Para conhecer com maior aprofundamento cada uma das partes do corpo humano, cada órgão e suas particularidades, deixou de prevalecer a ideia de compreensão do todo e começou a prevalecer a especialização que tornava o profissional um grande conhecedor de uma determinada parte. D2 aponta as desvantagens desta prática na formação médica:

O excesso de especialização médica já há algum tempo, é alvo de severas críticas. Existe, principalmente no campo teórico, uma crescente percepção de que a abordagem excessivamente fragmentada do paciente é, além de pouco eficiente, frequentemente iatrogênica. A despeito disso observa-se, no campo prático, um reforço cada vez maior da lógica da superespecialização (D2, 2015, p. 12).

Por outro lado, observa-se, que não era interessante que o profissional enfermeiro seguisse esta mesma tendência, pois poderia ser dispendioso ao sistema se a especialização ocorresse em nível de pós-graduação. Como alternativa, foi possibilitado aos cursos de graduação a contemplação de um mínimo de formação em determinadas “áreas de ponta” como em UTI, hemodiálise, quimio e radioterapia. “Essa meia-especialização, ao mesmo tempo que não qualificava o enfermeiro para um trabalho especializado, inviabilizava a sua formação geral na graduação” (RIZZOTTO, 2013, p. 41).

O Ensino de Pós-Graduação em Enfermagem no Brasil é recente, tendo sido iniciado há poucas décadas e, desde então, vem se estruturando e consolidando o surgimento de grupos de pesquisas, qualificando a formação profissional e favorecendo a produção científica e a pesquisa em Enfermagem.

Ainda no contexto de formação médica, outra crítica apresentada refere-se a repressão a qualquer novidade que não esteja em conformidade com um determinado estilo de pensamento, impedindo a possibilidade de pensar diferente dentro de um sistema fechado, que segundo Fleck (2010) caracteriza a harmonia das ilusões. “O aprendizado do médico é integrado num sistema de opiniões que resiste fortemente aos desafios, criando uma harmonia das ilusões (A6, 2013, p. 445).

Ainda considerando as questões relacionadas à formação, surge a necessidade de se refletir sobre a importância dos estágios obrigatórios e não-obrigatórios que possibilitam ao acadêmico a aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos durante a graduação:

(...) em relação à formação médica, é preciso acrescentar que a transmissão de conhecimentos teóricos ou práticos através de livros, textos ou manuais, sem que haja uma vivência individual dos alunos sobre os casos que surgem na prática clínica, mostra-se insuficiente. Os períodos de treinamento prático são fundamentais para o desenvolvimento da capacidade crítica e reflexiva do estudante (A6, 2013, p. 440).

A Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 200, inciso III, prevê como competência do Sistema Único de Saúde – SUS, além de outras atribuições, a formação de recursos humanos na área da saúde. Sendo assim, além da prestação de serviços de infraestrutura é necessário formar um profissional capaz de articular teoria e prática desenvolvendo um olhar crítico-reflexivo, preparado para atuar em equipe multiprofissional e prestar serviços de relevância à população. Desta forma, a formação profissional em saúde precisa ser problematizadora, reflexiva, contextualizada à atenção integral à saúde e deve considerar a realidade dos indivíduos que procuram o atendimento. Porém, A3 destaca que:

São evidentes os problemas pedagógicos dessa ambiência: ali, onde há iminente risco de vida, onde o biológico é o que conta, onde o poder sobre o paciente é quase total, onde o diálogo quase inexiste, onde a vida real do doente no "seu mundo" existencial e psicossocial" está entre parênteses e pouco importa, onde o esquitejamento dos doentes está institucionalizado pelas especialidades, é que o aluno aprenderá a ser um médico. Muitas vezes arrogante, indelicado, seco, autoritário, biologicista, controlador, intervencionista (A3, 2008, p.101).

Uma das alternativas que visam suprir as lacunas existentes nas formações na área da saúde são as Residências Médicas e Multiprofissionais. As Residências médicas surgiram nos Estados Unidos no século XIX, iniciando no Brasil na década de 1940, porém, apenas em 1977 foi instituído oficialmente no país por meio do decreto 80.281. O Programa de Residência Médica é uma modalidade de pós-graduação lato sensu que oferece uma bolsa auxílio aos residentes e funciona em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos, conferindo o título de especialista aos concluintes.

Apenas em 2005, com a promulgação da Lei 11.129, foram criadas as Residências Multiprofissionais e em área profissional da saúde, abrangendo as seguintes profissões: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, serviço Social e Terapia Ocupacional (Resolução CNS nº 287/1998).

Apesar das vantagens existentes nos Programas de Residências Médica ou Multiprofissional para a formação em saúde, o que varia muito de acordo com a instituição promotora, alguns pontos ainda necessitam ser amplamente debatidos e ajustados no que se refere à uma possível exploração da mão-de-obra do profissional recém-formado, ausência de preceptores comprometidos e éticos, além da ausência de condições e estrutura para que o ensino e a prática aconteçam de forma satisfatória.

4.1.2 Justificativas apresentadas para a utilização de Fleck e Kuhn

Buscamos neste estudo identificar as justificativas apresentadas pelos pesquisadores brasileiros da área da saúde para a utilização das teorias de Fleck e Kuhn em suas pesquisas. Nesta categoria, destacamos as justificativas identificadas em nossas análises e que sugerem relacionarem-se à utilização de uma nova tendência epistemológica que se opõe ao positivismo, à necessidade de transformação do paradigma biomédico, à compreensão de como a biomedicina lida com anomalias, à influência da ciência na área da saúde, à necessidade de ampliar discussões filosóficas e epistemológicas para melhoria das práticas em saúde e, por fim, a epistemologia de Kuhn e Fleck como um importante instrumento na formação médica.

Os resultados encontrados demonstram que os pesquisadores brasileiros da área da saúde utilizaram as teorias de Fleck e Kuhn para resolverem problemas diversos e, neste contexto, as justificativas apresentadas mostraram-se bastante amplas, o que nos permite perceber a versatilidade das obras desses autores em variadas circunstâncias. A1 descreve:

Kuhn (1986, 1989), Fleck (1986) (...), dentre outros, constituem essa tendência nascente [co-construtivismo] e concordam em pôr fim à ilusão

representacionista do positivismo que é, de certa forma, de toda a filosofia da epistemologia e da própria ciência em geral (A1, 2002, p. 368).

Primeiramente, a análise aponta Thomas Kuhn e Ludwik Fleck como representantes do que A1 chama de co-construtivismo, justificando a utilização deste termo devido à ausência de outra expressão mais adequada para emitir suas percepções. Sendo assim:

(...) em termos muito gerais, ela diferencia-se dos construtivistas radicais, que defendem que a realidade física e social é uma construção sociolinguística, e dos realistas, os quais pensam que a realidade pode ser objetivamente descrita pela ciência, ainda que esta descrição seja imperfeita e sempre provisória (A1, 2002, p. 368).

Desta forma, A1 destaca que as teorias de Fleck e Kuhn refletem tendências que se opõem ao positivismo. Neste sentido, destaca que essa perspectiva epistemológica positivista é a predominante na biomedicina, onde a realidade está dada e é papel do cientista observá-la fielmente, de forma prática e racional. Opondo-se a este contexto, a utilização da epistemologia de Fleck e de Kuhn, onde se contempla que os fatores históricos e sociais atuam de forma decisiva na produção científica, A1 defende que a utilização da teoria destes autores pode contribuir para o entendimento da construção do saber sobre saúde-doença nos diversos estilos de pensamento.

Justamente na saúde, onde parece ser muito promissora, esta perspectiva co-construtivista é praticamente ausente. Por isso é que necessita ser divulgada e melhor construída e desdobrada (A1, 2002, p. 371).

Em continuidade à esta linha de raciocínio A2 argumenta sobre a necessidade de transformação do paradigma biomédico.

Assim, acreditamos que realizar essa discussão epistemológica da biomedicina, investigando a forma como se dá a produção do conhecimento neste modelo, seria um exercício fundamental e oportuno para a otimização/ transformação do paradigma biomédico, na medida em que é consensual o alto grau de subjetividade que envolve a prática médica (A2, 2005, p.1094).

Tal justificativa, é consonante com os problemas anteriormente apresentados e é utilizada pelo pesquisador para caracterizar o modelo empregado pelos médicos e que se caracteriza pela fragmentação, individualidade, centralização do processo

no profissional médico, desconsideração dos fatores sociais, das crenças e subjetividades individuais. Considerando tais conceitos, A2 relata o interesse em buscar na epistemologia contribuições para melhor compreensão desta subjetividade que permeia as questões relativas ao adoecimento.

Então, a partir da problematização das questões referentes à biomedicina, buscaremos na epistemologia contribuições para melhor compreender as falhas existentes nesse modelo, relativas à priorização dos fenômenos objetivos diante da subjetividade do adoecimento humano (A2, 2005, p.1097).

Neste contexto, A2 utiliza o conceito de Kuhn para definir com mais ênfase o paradigma biomédico, onde julga haver necessidade de transformação.

Partimos da premissa de que a grande anomalia do paradigma biomédico está relacionada a toda ordem de sofrimentos ligados ao mal-estar existencial, isto é, queixas dificilmente enquadráveis nos diagnósticos "tradicionais" da biomedicina. Então, como a biomedicina está calcada nas ciências biológicas, focada na díade doença-lesão, as manifestações que não apresentam marcadamente esta relação de causalidade aparecem na contramão deste direcionamento organicista (A2, 2005, p.1100).

Neste entendimento, a subjetividade é vista como anomalia, ou seja, algo que o médico não se encontra preparado para lidar, que não era inicialmente previsto, mas que necessita ser adequado ao paradigma vigente. Este processo é recebido com resistência e gera insegurança profissional.

No entanto, se entendemos as manifestações somáticas sem causas explicáveis pela biomedicina como um fenômeno anômalo no sentido Kuhniano, devemos nos ater a como as mesmas se expressam em um paradigma biomédico. Apesar das respostas habituais dos médicos aparecerem no sentido de negar a existência de uma doença, é possível detectar na prática médica o reconhecimento de "algo que não estava previsto" no seu modelo paradigmático, algo que escapa ao saber teórico-prático aprendido - a sintomalogia sem a presença de uma doença reconhecida pela biomedicina. E, por não saber como manejar estes pacientes, muitas vezes os médicos os encaminham para outros profissionais - psiquiatras e psicólogos. Podemos suspeitar, então, que estes são sinais de que há uma consciência e o reconhecimento da anomalia (A2, 2005, p.1101).

A2 justifica ainda a utilização da epistemologia de Fleck em sua pesquisa destacando que ao se remeter aos conceitos Fleckianos estaria "deixando para trás a época clássica da medicina, quando tudo funcionava conforme o modelo dominante" (A2, 2005, p.1101). Considera para este entendimento a teoria de Fleck que define:

Qualquer teoria abrangente passa por uma fase clássica, na qual somente se percebem fatos que se enquadram com exatidão, e uma fase de complicações, quando as exceções se manifestam (FLECK, 2010, p.149).

Em se tratando da relação da ciência com a área da saúde, é perceptível em todos os estudos analisados, a premência da atuação dos profissionais para além dos limites técnicos. A relação da medicina com a ciência, por exemplo, assume seu caráter científico ao entender a transferência do objetivo do tratamento do doente para a doença. Porém, é preciso ir além da técnica, demonstrando verdadeira atenção ao outro que se apresenta. Não pretendemos aqui, no entanto, defender um envolvimento excessivo com o paciente, o que também seria prejudicial ao profissional, porém é evidente a necessidade de uma prática mais eficaz e humanizada.

Um tema polêmico, mas cuja discussão é necessária, refere-se ao entendimento da medicina não ser uma ciência, mas sim, uma prática. Prática racional, rigorosa e sustentada pela ciência. Aqui, cabe salientar que para esta consideração há uma referência à ciência positivista, restrita, onde os fatos são dados como certos, replicáveis e confiáveis. A formação médica habilita o jovem profissional a criar um sentido clínico a partir de um conjunto de sinais e sintomas que lhes permite fazer diagnósticos e a tratar doenças com assertividade. No entanto, isto é um pensamento clínico e não ciência. Esta capacidade de agir com segurança que está amplamente ligada a um conhecimento científico bem fundamentado e ao uso da tecnologia não faz da medicina uma ciência. Os diagnósticos baseados nas experiências clínicas dos médicos não diminuem as incertezas a que estes profissionais estão sujeitos. A medicina, apesar dos grandes avanços tecnológicos e da quantidade de informações disponíveis, continua sendo uma prática interpretativa, sensível e dialógica (TEIXEIRA, 2011).

Neste sentido, D1 e A3 justificam a utilização de Fleck e Kuhn em suas pesquisas, a partir do entendimento de que a atividade médica é cada vez mais intensamente influenciada pela ciência:

Seguindo o exemplo destes autores que vêm utilizando Fleck em suas análises sobre o campo de saúde, aqui usarei estas ferramentas conceituais não para analisar a ciência, e sim a forma como o conhecimento é articulado por determinados grupos para intervir na realidade; como esse conhecimento determina, inclusive, a realidade a ser operada (D1, 2014, p.41).

A3 complementa:

Vários estudos, usos e analogias das relações entre medicina e Ciência usaram o conceito Kuhniano, caracterizando o desenvolvimento de um paradigma biomecânico, ou mecanicista, ou cartesiano, vigente na biomedicina. O uso se estendeu à saúde, inclusive na área de saúde pública, epidemiologia e aprendizado de medicinas exóticas (A3, 2008, p.100).

Desta forma, observamos nos estudos analisados a necessidade de ampliar as discussões filosóficas e epistemológicas para melhoria das práticas em saúde:

Para realizar esta análise, contei com referências ainda pouco usadas em pesquisas como a minha. No meu percurso acadêmico atual, no contexto deste mestrado acadêmico em Saúde Coletiva, pude entrar em contato e me aprofundar em conteúdos oriundos da filosofia e da sociologia que tratam das formas de produção, validação e difusão de conhecimento. Neste terreno, autores como Kuhn, Fleck (...) que têm entre si inúmeras diferenças, propõem algo parecido: ao analisarem a ciência teórica e praticamente, sugerem que a realidade é abordada por diferentes especialistas no limite da visão de mundo proporcionada pela participação no grupo do qual aquele especialista faz parte. A socialização neste grupo lhe dará identidade, legitimidade e até uma linguagem/ discurso particular, mediada por uma tradição teórico-prática (D1, 2014, p.17).

Percebemos a referência do pesquisador aos conceitos de coletivo de pensamento, na visão fleckiana e comunidade científica, considerando o entendimento de Kuhn. Tais conceitos epistemológicos, ainda não atingiram uma utilização plena nos estudos da área da saúde, porém poderiam trazer novas reflexões e entendimentos que possibilitariam melhoria nas práticas como destaca T1:

A síntese individualizada de cada autor tem como objetivo, por outro lado, um exercício de divulgação, síntese e importação de ideias estrangeiras, de campo disciplinar relativamente restrito na saúde coletiva, como são a epistemologia e a filosofia. Reforçar, ampliar, incitar a discussão filosófica e epistemológica no universo das práticas mencionadas é uma opção consciente que pressupõe o diagnóstico da necessidade desse debate e sua riqueza potencial para a melhoria das práticas. Isso desdobrou-se em considerável investimento nessa síntese e esforço para deixá-la acessível e simples. O que foi, obviamente, limitado pela complexidade dos temas, ideias e conceitos de cada autor e dos debates em torno delas (T1, 2004, p.45).

A partir deste entendimento, a utilização da epistemologia de Fleck e Kuhn nas pesquisas analisadas é justificada por ser um importante instrumento na formação na área da saúde.

Neste estudo, trabalhamos com a noção de que a educação é modeladora dos sistemas de representação da realidade. Ancoramos esse pressuposto em uma reflexão sociológica a partir dos referenciais de Kuhn, Fleck (...). De acordo com essa linha de raciocínio, todo processo de aprendizagem encontra-se condicionado por um paradigma, ou um estilo de pensamento, e ocorre por meio de exemplos e de manuais, com ênfase no treinamento, nos exercícios e na repetição. Podemos dizer, então, que todo aprendizado se dá através de uma necessária reorientação do olhar, e que esse novo olhar poderá desencadear uma modificação de conduta no aprendiz (A6, 2013, p. 440).

Destaca-se neste trecho a menção à Gestalt. Tal concepção permite perceber como os conceitos/ categorias de Fleck e Kuhn podem auxiliar na construção do pensamento crítico e ético dos profissionais de saúde por meio do estabelecimento de compromissos coletivos e integrados em equipes multidisciplinares que entendem a necessidade de cada grupo que compõe o trabalho em saúde. A divulgação destes conceitos pode conduzir à superação de pautas de privilégios que vêm se perpetuando historicamente e ampliar importantes debates sobre o processo de produção do conhecimento e do conhecimento científico.

4.1.3 Categorias de Fleck e Kuhn mais utilizadas

No contexto de análise relacionado às *Categorias de Fleck e Kuhn mais utilizadas* pelos pesquisadores da área da saúde, as categorias teóricas dos autores foram identificadas e organizadas conforme Quadro 3:

QUADRO 3 - CATEGORIAS DE FLECK E KUHN MAIS UTILIZADAS PELOS PESQUISADORES DA ÁREA DA SAÚDE

LUDWIK FLECK		THOMAS KUHN	
Categorias	Estudos que utilizam essa categoria	Categorias	Estudos que utilizam essa categoria
Círculos Esotéricos e Exotéricos	A3, A4, A5, T1	Anomalia	A2, A3, D1, D2, T2
Coletivo de Pensamento	A1, A2, A3, A4, A5, A6, D1, D2, T1, T2	Ciência Normal	A1, A2, A3, D1, T1, T2
Conexões Ativas e Passivas	A1, A3, T1	Comunidade Científica	A3, T1
Estilos de Pensamento	A1, A2, A3, A4, A5, A6, D1, D2, T1, T2	Crise	A2, A3, D1, D2, T1, T2
Fatos Científicos	A2, A3, A5, T1	Quebra- cabeças	A1, A2, A3, T1, T2
Harmonia das Ilusões	A2, A3, A5, A6, D1, T1, T2	Incomensurabilidade	A3, D1, T1
		Paradigma - Matriz Disciplinar	A1, A2, A3, A6, D1, D2, T1, T2
		Revolução Científica	A2, A3, T1, T2

FONTE: Elaborado pelas Autoras (2021).

A análise dos dados referentes às categorias de Fleck e Kuhn utilizadas pelos pesquisadores brasileiros da área da saúde nos permite perceber que o maior número de ocorrências se relaciona aos conceitos/categorias de Coletivo e Estilos de Pensamento de Fleck e Paradigma de Kuhn.

Todos os estudos selecionados para este estudo mencionaram, em alguma parte do texto original, os conceitos/ categorias de Coletivo e Estilos de Pensamento de Fleck.

Utilizando as ideias de Fleck e de Kuhn, os pesquisadores selecionados para esta pesquisa associaram os temas de seus estudos às definições destes autores visando possibilitar um entendimento mais amplo da epistemologia apresentada.

Estes resultados permitem relacionar os conceitos/ categorias mais utilizadas pelos pesquisadores aos problemas de seus estudos. Os Estilos de Pensamento associam-se à disposição para um sentir e agir direcionados, conforme indicados por Fleck (2010) e que atua condicionando o cientista a um determinado sistema de referência. Fleck estabelece:

Se definirmos o coletivo de pensamento como a comunidade das pessoas que trocam pensamentos ou se encontram numa situação de influência recíproca de pensamentos, temos, em cada uma dessas pessoas, um portador do desenvolvimento histórico de uma área de pensamento, de um determinado estado do saber e da cultura, ou seja, de um estilo específico de pensamento (FLECK, 2010, p. 82).

Considerando estes entendimentos presentes na obra de Fleck verificamos que os pesquisadores fazem suas análises sem desconsiderar os avanços importantes que ocorreram na área da saúde, porém questionam o modelo biomédico de formação, a qualificação do profissional da saúde, além de questões históricas, culturais e cotidianas que são abordadas em maior ou menor profundidade. A7, debatendo as relações entre médicos e enfermeiras sugere:

Sobre o modo como os *experts* se organizam, conformam suas coletividades, adotamos como referência o conceito de “coletivo de pensamento” de Fleck. Dentro destes coletivos, seus sujeitos não se conscientizariam do “estilo de pensamento” compartilhado, que se exerce através da coerção ao pensamento individual. Este estilo de pensamento entre os seus membros, se transformaria e sofreria as influências desse trânsito, o que fariam aparecer novos motivos que o pensamento isolado e individual seria incapaz de gerar: propaganda, imitação, autoridade, concorrência, solidariedade, inimizade e amizade. Com isso, condicionando estes sujeitos, este estilo estaria também exposto a um processo de condicionamento social que é próprio a cada coletivo. Assim, apesar de toda a fluidez, o pensamento e os

sujeitos que o compartilham apenas teriam legitimidade dentro de um coletivo, “entre pessoas da mesma constituição mental” (A7, 2017, p.685).

Os estudos analisados apresentam problemas distintos, sintonizados com seus objetivos de pesquisa, onde são utilizados os conceitos/ categorias de Fleck e Kuhn com aparente conexão e pertinência permitindo que se estabeleça um vínculo entre a epistemologia e os diversos aspectos da saúde.

Em relação às categorias de Kuhn, ainda que o número de ocorrências seja menor, houve grande profundidade na estruturação dos pensamentos do epistemólogo, principalmente no que se refere aos paradigmas presentes na área da saúde e ciência normal que configuram o pensamento estruturado que impede o estabelecimento de mudanças necessárias, sobretudo na medicina.

Na acepção de Kuhn (1986,1989) toda matriz disciplinar ou paradigma, orientador de uma “fase normal” do desenvolvimento de uma disciplina científica, é pouco ou nada questionada internamente pelos seus praticantes. Isso aplicado à biomedicina de hoje, que pode ser considerada, em parte, um campo científico em desenvolvimento “normal” resulta em que certas categorias e conceitos recebam muito empenhamento, ontologizando-se e monopolizando a atenção (A1, 2002, p. 366).

Existem ainda as relações que são estabelecidas entre os pesquisadores e que aproximam os conceitos/ categorias de Fleck e Kuhn para a formatação de suas ideias:

Através dos conceitos desenvolvidos por esses autores – paradigmas de Kuhn (1986) (...) e estilos de pensamento e coletivos de pensamento de Fleck (1986) – podemos propor que não é possível no conhecimento representacional (ou sob a forma de pensamento) um acesso puro a algo que seria uma realidade objetiva. Sempre há esse intermediário seletivo e ao mesmo tempo gerador, base de todo movimento cognitivo, que é a cultura, os interesses, os valores, as tradições, os paradigmas, os estilos de pensamento, o treinamento e a aprendizagem que todas as pessoas carregam, que possibilitam o conhecimento desse tipo e do qual só podem muito parcial e precariamente se despir (A1, 2002, p. 368).

Outro conceito/ categoria que apresentou um número significativo de ocorrências foi a harmonia das ilusões de Fleck. A2 descreve que o entendimento de Fleck de que uma vez que haja formado um sistema de opiniões estruturalmente completo e fechado, composto por numerosos detalhes e relações, persistirá tenazmente contra tudo o que o contradiga (FLECK, 2010). Partindo desta mesma compreensão, A6 destaca este conceito/ categoria em seu estudo:

(...) considera-se que o processo de escolarização que transforma o estudante de Medicina em um médico é uma inculcação organizada, não apenas de conteúdos cognitivos, mas também de um modo distinto de definir o que a realidade é. O aprendizado do médico é integrado num sistema de opiniões que resiste fortemente aos desafios, criando uma “harmonia das ilusões, nos dizeres de Fleck (A6, 2013, p. 444-445).

Este processo de formação do estudante de medicina o faz incorporar o objeto biológico da Medicina que o introduz em um mundo novo, de realidade diferente, que o obriga a aprender e se moldar a novas formas de ver, escrever e falar incorporando os princípios estruturadores da Biomedicina. Neste âmbito, o saber seria o polo dominante enquanto o sentir é relegado a um segundo plano, menos importante.

O conceito/ categoria Ciência Normal de Kuhn, caminha em estrito paralelo com o de harmonia das ilusões e também foi abordado de forma significativa nos estudos pesquisados. A3 (2008) estabelece que o saber científico é um aprender de habilidades manuais, perceptivas e cognitivas de forma dirigida e, neste sentido, a ciência normal é mais dogmática do que parece reafirmando suposições básicas do paradigma sem procurar solucionar perguntas fundamentais sobre sua natureza ou, na área da saúde, sobre os adoecimentos e cura dos doentes. Outra apropriação desta categoria/ conceito foi importante para a pesquisa de D1. Entendendo que os sujeitos que praticam a ciência de modo normal são levados a acreditar que um paradigma é um pré-requisito para a própria percepção, o pesquisador afirma que “esta preposição do autor foi crucial para a minha compreensão daquilo que se passou na enfermagem hospitalar, sobretudo para que eu não caísse em um fácil e viciante processo de culpabilização e desmoralização dos sujeitos que ali trabalhavam” (D1, 2014, p. 72).

A seguir abordaremos também estas aproximações que revelam semelhanças e/ ou diferenças entre Fleck e Kuhn e que foram apontadas por pesquisadores brasileiros da área da saúde em seus estudos.

4.1.4 Semelhanças ou Diferenças entre Fleck e Kuhn

A análise referente à categoria *Semelhanças ou Diferenças entre Kuhn e Fleck* apontadas pelos pesquisadores da área da saúde, foi definida visando permitir a realização de dois agrupamentos distintos: pesquisadores que destacam semelhanças entre os epistemólogos e pesquisadores que apresentam as diferenças

entre os autores. Todavia, após a realização da leitura e das análises dos estudos selecionados para este estudo, verificamos que os pesquisadores consideraram basicamente os pontos que assemelham as teorias de Fleck às de Kuhn. De forma muito modesta, existem algumas poucas referências às diferenças, no entanto, estas foram utilizadas em um contexto que considerava o estabelecimento de preferência entre um e outro. Sendo assim, optamos por evidenciar tais excertos na categoria de análise relacionada às preferências dos pesquisadores por um dos autores.

No que diz respeito às semelhanças, os pesquisadores consideraram as relacionadas aos conceitos/ categorias de Fleck e Kuhn. T1 destaca a semelhança entre Estilos de Pensamento e Paradigma.

Fleck abre campo para a construção de uma epistemologia comparada, ressaltando a legitimidade dos estilos de pensamento e introduzindo-os como variáveis importantes na discussão epistemológica, em tudo similares aos paradigmas de Kuhn (...) (T1, 2004, p.107).

Seguindo esta mesma linha de raciocínio T1 ainda complementa:

A outra contribuição de Kuhn diz respeito à sua descrição da ciência normal, em todos os aspectos semelhantes à descrição mais precoce elaborada por Fleck (1986), inclusive nela inspirada (T1, 2004, p.66).

É possível inferir através deste excerto que T1 compreende a precursão de Fleck ao trabalho de Kuhn e a inegável semelhança entre os conceitos de estilos de pensamento e paradigma. Contudo, destacamos na sequência o estudo de A3 que, apesar ser de mesma autoria, apresenta a descrição da semelhança entre os conceitos, porém pressupõe uma ordem histórica inversa, desconsiderando o fato da obra de Kuhn ser semelhante à de Fleck, e não o contrário.

Os estilos de pensamento, à semelhança dos paradigmas de Kuhn, tendem a centrar-se nos pressupostos, teorias e métodos cujas conexões ativas e passivas são selecionadas de modo a manter a harmonia e a coerência no sistema de ideias e destas com as passivas. Em outras palavras, as conexões ativas que não são harmônicas com o estilo de pensamento, ou as conexões passivas que não se harmonizam com as ativas do estilo tendem a ser descartadas e negadas ou são reinterpretadas (A3, 2008, p.101)

Este mesmo entendimento é percebido em D1. O pesquisador parece considerar que Fleck elaborou conceitos análogos aos de Kuhn, também desconsiderando o contexto histórico das obras de referência.

Ludwik Fleck elaborou os conceitos de estilo de pensamento e coletivo de pensamento, análogos ao conceito de paradigma e comunidade científica de Kuhn, porém mais amplos. A analogia com Kuhn pode ser feita trocando as palavras paradigma por estilo de pensamento; comunidade por coletivo de pensamento; ciência normal por fase de harmonia no sistema de ideias de um estilo (D1, 2014, p.70).

Um outro fator considerado pelos pesquisadores no que se refere à semelhança das obras relaciona-se aos aspectos sociais na produção do conhecimento científico e que é evidenciado em A1:

Dessa forma, por estes autores que têm um enfoque "externo" ao sujeito cognoscente, vem que o próprio conhecer é cultural e social e está já estruturando a realidade (A1, 2002, p.368).

Apesar das pesquisas analisadas apresentarem uma predominância para as semelhanças entre os epistemólogos, neste ponto, acreditamos ser importante tecer algumas considerações acerca das diferenças que podem ser percebidas nas teorias de Fleck e Kuhn. Apesar de não existirem muitos estudos com este enfoque, alguns elementos nos permitem destacar o que existe de mais significativo neste contexto de análise da epistemologia destes autores.

Segundo Condé (2018), a concepção de ciência de Fleck é moldada no arcabouço biológico o que pode ser percebido a partir da sua analogia entre ciência e evolução e de sua ilustração da história da ciência baseada nos saberes médicos. Para Fleck as teorias evoluem, os fatos se transformam, a ciência evolui em um processo gradativo de transformações opondo-se à ideia revolucionária de Kuhn marcada por rupturas abruptas de mudança de paradigma e incomensurabilidade. Em Fleck se vê uma 'Evolução da Ciência' a partir de mutações no Estilo de Pensamento, diferentemente da percepção de Kuhn de 'Revolução Científica'.

Possivelmente, esta diferença de concepção está diretamente relacionada às influências recebidas, além das divergências existentes entre as comunidades científicas às quais pertenceram. Fleck, em muitos aspectos, apresenta-se como um darwinista e estabelece seu entendimento de desenvolvimento da ciência como de evolução e mutação (CONDÉ, 2003).

Outra diferença presente entre os dois epistemólogos refere-se ao conceito de Gestalt utilizado por ambos. Kuhn a utiliza de forma mais intensa por meio da metáfora pato-coelho. Porém, é incontestável que uma mudança na forma de ver o

mundo, realmente muda o mundo. Devido a este aspecto, Kuhn foi visto como radical, porém é considerável que foram feitas analogias e, neste sentido, há de haver alguma razoabilidade para não se fazer uma interpretação tão rigorosa. Porém, em Fleck a Gestalt aparece de forma mais lapidada:

A percepção da forma imediata exige experiência numa determinada área do pensamento: somente após muitas vivências, talvez após uma formação prévia, adquire-se a capacidade de perceber, de maneira imediata, um sentido, uma forma e uma unidade fechada. Evidentemente, perde-se ao mesmo tempo, a capacidade de ver aquilo que contradiz a forma (Gestalt). Mas essa disposição à percepção direcionada é a parte mais importante do estilo de pensamento. Sendo assim, a percepção da forma é uma questão que pertence marcadamente ao estilo de pensamento (FLECK, 2010, p. 142).

Tais entendimentos possibilitam conceber novas reflexões a respeito da epistemologia de Fleck e Kuhn. Se, por um lado estão sendo discutidas as semelhanças existentes entre as teorias, por outro, é possível perceber que ainda existem lacunas a serem trabalhadas com maior profundidade. E, talvez, nestes espaços ainda não explorados, existam muitas possibilidades de compreensão deste tema.

4.1.5 Preferências por Fleck ou Kuhn pelos pesquisadores

Nesta categoria buscamos identificar possíveis preferências pela teoria de Kuhn ou de Fleck nos testudos de pesquisadores da área da saúde. Foram encontrados resultados que nos permitiram identificar uma tendência maior de preferência para a obra de Fleck como destacamos a seguir.

A obra de Fleck apresenta muitas possibilidades de aplicação, seja na ciência ou em outras áreas do conhecimento. Principalmente na atualidade, podemos perceber como as contribuições de Fleck podem ser inseridas em diversos contextos. A dimensão social que é apresentada pelo autor polonês permite uma vasta discussão sobre temáticas atuais que vão além das relacionadas ao contexto científico de maneira usual. Esta atualidade de Fleck é destacada por A4 quando evidencia que “Fleck cunhou os conceitos de estilo de pensamento e coletivo de pensamento na década de 1930. Entretanto eles permanecem muito atuais” (A4, 2007, p. 196).

Seguindo esta mesma percepção, T1 afirma:

Fleck foi um precursor de ideias atuais - inspirador do conceito de paradigma de Thomas Kuhn - ao mesmo tempo que um pesquisador biomédico hard, que fez epistemologia precisamente a partir de sua atividade de pesquisador em microbiologia e imunologia. Isso, ao fornecer 'recheio' empírico biomédico para a visão epistemológica do autor, mais as características próprias de suas ideias e mais, ainda, a pouca divulgação dessas ideias na saúde fizeram de Fleck um autor mais detalhadamente abordado, até como contribuição para sua divulgação (T1, 2004, p. 46).

Contudo, não podemos deixar de considerar também que os estudos aqui analisados são da área de saúde e, neste âmbito, Fleck já se apresenta aos pesquisadores com maior familiaridade, porém não ignoramos a grandiosidade da obra de Kuhn.

De fato, ao compararmos o grande impacto das ideias de Kuhn para o desenvolvimento dos estudos científicos, ainda percebemos ser modesta a divulgação do trabalho de Fleck, apesar da sua expansão. A epistemologia de Fleck vem sendo amplamente estudada, mas ainda existe a necessidade de se aumentar a divulgação de suas ideias, conforme destacado por T1.

Entretanto, é importante evidenciar que apesar de existirem muitos elos que estabelecem similaridade às obras de Kuhn e de Fleck, sabemos ser necessário que também se estude Fleck como Fleck, para uma leitura que vá além de comparativos com a epistemologia Kuhniana. Porém nas pesquisas aqui analisadas, devido a uma abordagem que considerou a apropriação dos dois autores, os pesquisadores consideraram estas especificidades para delimitar suas preferências, como indica T1.

Mas Fleck explorou o que Kuhn não desenvolveu. O conceito de estilo de pensamento é proposto como mais genérico e não retrospectivo, tampouco restrito às comunidades científicas. Ele dispensa, portanto, a extrapolação que frequentemente se faz do conceito Kuhniano quando se o emprega para fora das ciências e para o tempo presente, Fleck sustenta sua extrapolação como apropriada e necessária (T1, 2004, p. 153).

Desta forma, ao analisarmos o contexto de análise relacionado às preferências dos pesquisadores por um dos epistemólogos, verificamos que, de alguma maneira, as teorias de Fleck e Kuhn também são consideradas complementares:

O conceito de estilo de pensamento proposto por Fleck refere-se à Ciência. No entanto, não é restrito a ela, pelo contrário: os estilos e os coletivos de pensamento transcendem o locus social científico, podem ser identificados em outras instâncias sociais e culturais. Neste sentido, os estilos de Fleck são conceituados de forma mais ampla e genérica do que os paradigmas de

Kuhn. Essa generalidade dos estilos de pensamento e sua semelhança com os paradigmas indicam a possibilidade, propriedade e pertinência da expansão do conceito kuhniano para além de sua formulação estrita (A3, 2008, p. 102).

É possível ainda perceber que a preferência dos pesquisadores não considerou apenas a teoria propriamente dita. Para o alcance dos resultados propostos para a pesquisa desenvolvida por estes estudiosos, outros fatores foram considerados, como afirma D1.

Voltando a Kuhn, me interessam alguns conceitos como forma de complementar os que adotei a partir de Fleck. Se o médico polonês sugere o "estilo de pensamento" como o organizador da visão de mundo de determinado coletivo de pensamento Kuhn propõe o polissêmico conceito de "paradigma". Entre um e outro, algumas diferenças já levantadas: "paradigma" diria respeito a temas internos às ciências naturais; além disso, Kuhn sugeria que as estruturas internas ao "paradigma" são descontínuas, sendo recompostas de tempos em tempos através de processos revolucionários. Então, diante destas diferenças, eu teria mais um motivo para adotar Fleck e seu "estilo de pensamento"? Sim, se estivéssemos preocupados apenas com o terreno de aplicação proposto por cada autor. Mas como estive no campo de pesquisa, e este campo foi um hospital, o conceito delineado por Kuhn me foi mais útil (...) (D1, 2014, p. 71).

Neste excerto, é possível compreender que D1 demonstra sua preferência pela utilização da epistemologia de Kuhn por acreditar ser mais adequada ao seu contexto de pesquisa. Considerando a sua dinâmica de análise e o raciocínio do autor julgou que as proposições de Kuhn eram mais pertinentes para a compreensão das particularidades presentes em seu cenário de investigação.

4.1.6 Soluções encontradas

Ao estabelecerem seus objetivos de pesquisa, os pesquisadores traçam uma correspondência estreita com os resultados que esperam alcançar na conclusão dos estudos. Logo, o sucesso de um projeto encontra-se diretamente relacionado à solução adequada para atender à uma necessidade que foi delineada no início do seu projeto de pesquisa.

Neste estudo, onde buscamos compreender de que maneira a epistemologia de Thomas Kuhn e Ludwik Fleck vêm sendo apropriadas por pesquisadores brasileiros da área da saúde, em um mesmo estudo, investigamos também as soluções encontradas para a resolução dos problemas estabelecidos.

Pretendemos, desta forma, perceber como a epistemologia de Kuhn e Fleck permitiu o alcance de respostas para problemas na área da saúde. Sendo assim, no contexto de análise relacionado à categoria *Soluções encontradas* foram identificadas soluções que se relacionam aos benefícios da utilização da Perspectiva co-construtivista, desconstrução do positivismo, a epistemologia de Fleck e Kuhn como importante instrumento de melhoria no ensino médico e compreensão de diferenças através do Estilo de Pensamento.

Como mencionamos anteriormente, o termo co-construtivismo foi introduzido por A1 em seus estudos e sua utilização possibilitou o alcance de soluções positivas. “Esse co-construtivismo tenderia a facilitar o diálogo com os doentes e a devolução aos médicos do infindável desafio de tratar o melhor possível os adoecimentos dos seus pacientes, por misteriosos que eles sejam, para além de suas doenças cientificamente definidas” (A1, 2002, p. 369).

Este entendimento nos possibilita compreender que A1 acredita que a base epistemológica proposta por Fleck e Kuhn, contrária ao positivismo, coletiva, socialmente condicionada, poderia contribuir para melhoria das relações que se estabelecem entre os médicos e pacientes, ampliando a comunicação e, possivelmente, a satisfação do usuário dos serviços de saúde.

Olhando para a área da saúde sob a perspectiva co-construtivista esboçada, as realidades a serem investigadas ou tratadas pela medicina podem se ampliar e se tornar mais complexas. Podem não se referir apenas à entidade doença e sua evolução no paciente. Não se trata de afirmar que as doenças não existem. As pessoas ficam doentes e sofrem. Pode-se dizer que as doenças existem, mas que não têm características específicas predeterminadas (A1, 2002, p.369).

Podemos inferir que a contribuição de Fleck e Kuhn para esta compreensão de oposição ao positivismo mostrou-se significativa para os pesquisadores. “É preciso desconstruir a noção de ciência como produtora de verdades absolutas e capaz de realizar um retrato neutro e objetivo da natureza, que ainda impera no Ocidente” (T2, 2005, p. 114).

Kuhn e Fleck apresentam uma outra direção, capaz de ampliar as discussões na área da saúde em um âmbito em que a ciência passa a ser entendida como uma produção de uma comunidade científica ou por um coletivo de pensamento que estabelece um consenso sobre uma determinada investigação e que, não é neutra,

pois não anula a individualidade dos sujeitos e considera fatores históricos, econômicos e sociais. Neste sentido destaca a contribuição de Kuhn:

(...) a contribuição de Kuhn na questão da demarcação - e, como se verá, outros autores vão na mesma direção - consiste em um salto perceptivo e gestáltico que transforma a paisagem epistemológica, desviando da obsessão da busca de regras racionais que reconheceriam verdades para uma compreensão e estudo das dinâmicas psicossociais e cognitivas de tradições disciplinares (T1, 2004, p. 151).

Nesta mesma perspectiva, T1 indica a contribuição encontrada em Fleck:

Dito em outras palavras: Fleck permite que desviemos da postura moderna de externalização das consequências da aplicação (e transformação) dos saberes e práticas especializados, particularmente os científicos. Facilita que se assumam a responsabilidade de contribuir mais sabiamente para o processo de transformação cultural em saúde-doença acelerado na modernidade, ao invés de externalizar e ignorar o que acontece na realidade social. Explico melhor, pois este ponto é relevante e complexo: o modelo de Fleck permite que entendamos um pouco melhor as transformações nos saberes e seu uso ao longo dos círculos progressivamente exotéricos dos saberes. Essa transformação, por sua vez, é natural e inevitável. A cultura em saúde das pessoas, antes mais rica (no sentido de diversificada e competente autonomamente), dependente de conhecimentos e práticas acessíveis em ambientes próximos ou na própria cultura autóctone, hoje está muito mais medicalizada, mais pobre em capacidade e "resolutividade" autônoma. A corporação biomédica e a ideologia científica, ao desqualificar tudo o que não está institucionalizado na biociência, por vários motivos, tendo sempre a "heteronomizar" os saberes e práticas. Tende a medicalizar todos os incômodos. Tende a condenar todo uso autônomo das tecnologias científicas e mesmo de outros tipos. E a saúde coletiva embarca muitas vezes na mesma direção. Em decorrência disso, acaba exercendo uma atuação ambígua e contraprodutiva na cultura geral em saúde. Ora, a saúde coletiva pode e deve, como nobre missão, atuar de modo a melhorar a cultura em geral das pessoas, aliás, assim como a clínica" (T1, 2004, p. 176).

T1 aponta, neste trecho, para um aspecto que Fleck pode ajudar a esclarecer. O entendimento da ciência como histórico e socialmente condicionado pode possibilitar reflexões sobre questões amplas e complexas como a medicalização. Vergílio e Lima (2020) relatam que o consumo de medicamentos está diretamente relacionado à cultura de automedicação existente no Brasil e que é potencializada pela dificuldade de acesso ao atendimento médico.

Atualmente, pessoas são constantemente incentivadas a resolver os problemas sociais utilizando medicamentos, e com a ajuda das propagandas de medicamentos nos meios de comunicação, disponibilizadas a todo o momento, é fortalecida a ideia de que utilizar medicamento é sempre bom, quando isso não é verdade. Vale salientar que a indústria farmacêutica investe mais em marketing do que em pesquisa e desenvolvimento. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, p.13).

Os indivíduos estão perdendo a capacidade de problematização referente ao consumo, pois existe um movimento amplamente disseminado através dos meios de comunicação, que propaga uma lógica capitalista. A medicalização, nesse contexto, passa a ser vista como um dos produtos a ser proposto e trabalhado pela Indústria Cultural. “É por meio da mídia, por intermédio dos esforços perpetrados pela indústria farmacêutica, assim como pelo poder médico e pelos hábitos enraizados no cotidiano que a automedicação se tornou naturalizada” (VERGÍLIO E LIMA, 2020, p. 13).

A medicina, dotada de uma verdade específica e cobranças sociais, se vê obrigada a ofertar aos indivíduos algum tipo de tratamento para o enfrentamento de suas dores e, neste cenário de práticas autoritárias, acabaram se tornando também agentes de medicalização.

Essas e outras questões podem ser mais debatidas durante a formação em saúde. T1 reflete:

A proposta Kuhniana também permite repensar as práticas cotidianas e de iniciação, ressignificadas pela sua alta importância na introjeção (nos iniciantes), reprodução e expansão dos paradigmas. O ensino profissionalizante em saúde e a iniciação acadêmica, conseqüentemente, poderiam usufruir dos benefícios de se assumir como uma tradição corporativa de pesquisa e prática terapêutica, em que mestres ensinam discípulos a partir eminentemente de práticas e saberes orientados por um paradigma. Os alunos aprenderão o que for ensinado muito pelo exemplo, à imagem de seus professores. Estes saberão que seu exemplo pessoal e prático é tão importante quanto o conteúdo de seu discurso, que esse exemplo faz parte da iniciação e da sustentação da biociência e da arte dessa tradição de cura. E poderão tentar administrar e minimizar os problemas, mazelas e limites da situação do pertencimento a uma tradição corporativa oficial, com seus dogmas, interesses e intermináveis polêmicas políticas, éticas, etc. (T1, 2004, p. 151).

Como tratamos anteriormente, o paradigma mecanicista ainda é o que predomina na formação médica. Neste modelo existe um número muito grande de disciplinas que buscam ensinar como funciona cada órgão ou aparelho do corpo humano. Junta-se à necessidade de discussão dos currículos e práticas educacionais em saúde a urgência em se formar bons professores para a área de saúde. São muitas as características que deveriam ser consideradas para o exercício de lecionar na formação em saúde. Ética, equilíbrio, capacidade de comunicação, criatividade, interesse pelos problemas comunitários, interesse por desenvolvimento social, senso de cooperação, bom relacionamento, entre outros que vão muito além dos títulos de

mestre e doutor. Diante desta necessidade de uma formação mais humanizada, A6 reflete:

O conceito de substituição paradigmática de Kuhn mostrou-se aplicável ao objeto deste estudo. (...) A fala de um deles [entrevistado na pesquisa da autora] - "é muito difícil mudar o olhar, ter um olhar de atenção básica" - traduz a magnitude da transformação requerida. Assim, ao insistir o enfoque no "sujeito doente" e não apenas na "doença", a formação em Medicina de Família e da Comunidade ensina os residentes a se tornarem "médicos da pessoa" (A6, 2013, p.457).

Para ampliar essas discussões, a compreensão de diferenças através dos Estilos de Pensamento foi destacada pelos pesquisadores como uma possibilidade de solução de problemas na área da saúde.

Há, no entanto, uma diferença notável entre os recursos do estilo de pensamento próprio da Biomedicina mobilizados por especialistas e por clínicos. Na fala dos especialistas, apareceu, principalmente, a fragmentação do corpo humano, a estruturação do raciocínio diagnóstico a partir de doenças e o uso frequente de metonímias utilizando alguma parte do corpo ou uma doença para se referir aos pacientes (D2, 2015, p.39).

A compreensão dos Estilos de Pensamento e o entendimento de como estes podem contribuir para o desenvolvimento de coletivos mais colaborativos e comprometidos com a área de saúde, possibilitando uma visão que considera múltiplas interpretações, apresenta-se como uma possibilidade a ser considerada.

Os estilos de pensamento orientam a ação e a apreensão de aspectos que formarão fatos clínicos e interpretações de adoecimentos. Levar em conta a possibilidade de vários estilos enriquece a capacidade de apreensão e de interpretação, assim como de ação. Ou seja, se vários estilos de pensamento podem ser reconhecidos, seus saberes podem ser confrontados e comparados, e suas práticas respectivas podem ser cogitadas para a ação terapêutica, enriquecendo as opções de tratamento (T1, 2004, p.170).

Percebemos assim, que as contribuições de Fleck e Kuhn para as pesquisas na área da saúde possibilitam muitas reflexões e podem auxiliar na solução de variadas questões, como conclui A2: "com as contribuições oferecidas pela epistemologia de Kuhn e Fleck pudemos refletir sobre os impasses e identificar alguns "nós" no interior do modelo biomédico" (A2, 2005, p. 1101).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo compreender como e por que pesquisadores da área da saúde têm se apropriado da epistemologia de Ludwik Fleck e Thomas Kuhn, em um mesmo estudo. O interesse em realizar esta pesquisa surgiu a partir do estudo das obras destes dois autores, onde nos deparamos com a percepção de aproximações que conferem um caráter de similaridade entre os pensamentos, mas que também nos possibilitam perceber algumas diferenças.

Buscando por pesquisas que utilizassem Fleck e Kuhn em um mesmo estudo, observamos que havia uma concentração maior de pesquisas na área da saúde que realizavam esta abordagem e, por esta razão, estes estudos foram selecionados para análise. Percebemos que os pesquisadores brasileiros da área da saúde têm utilizado os referenciais de Fleck e Kuhn para reflexões importantes sobre os saberes e práticas profissionais, necessidade de melhoria na formação, e também e, talvez principalmente, para uma problematização sobre uma tendência positivista que se observa nesta área.

Por tais razões, consideramos relevante esta reflexão epistemológica sobre uma amostra de estudos da área da saúde, pois acreditamos que, por meio dela, é possível compreender melhor algumas teorias e concepções que se fazem presentes no cotidiano desses profissionais, interferindo diretamente em suas práticas.

Para o alcance do objetivo deste estudo, buscamos identificar nas pesquisas analisadas elementos que nos possibilitassem compreender os problemas enfrentados por estes pesquisadores, as soluções que estariam encontrando, porque estariam mobilizando estes epistemólogos em um mesmo estudo para discutirem temas de saúde e que relações estariam estabelecendo entre estes autores.

Para tal, estruturamos este estudo em cinco Capítulos, além da Introdução. No Capítulo 1 apresentamos a epistemologia de Fleck e de Kuhn, seus principais conceitos e/ ou categorias presentes em suas principais obras. No Capítulo 2 discutimos sobre a epistemologia na área da saúde enfocando, principalmente, a História Social da Medicina, cuja literatura é mais ampla, porém destacamos também a História da Enfermagem. No Capítulo 3, explicitamos o método utilizado para a constituição e análise dos dados. Neste contexto, apresentamos as referências completas das onze pesquisas que analisamos neste estudo. No capítulo 4,

analisamos as pesquisas selecionadas buscando responder a nossa questão de pesquisa.

Para compreendermos como os pesquisadores têm se apropriado da epistemologia de Fleck e Kuhn na área da saúde, utilizamos a Análise de Conteúdo (Bardin, 2006) realizando um agrupamento de códigos que nos permitiu categorizar as relações existentes entre as pesquisas e estabelecer relações para o alcance do nosso objetivo. Para isto, traçamos um Panorama Geral das Pesquisas e analisamos cada categoria separadamente.

Na Categoria 1 buscamos identificar os principais *problemas de pesquisa* apresentados pelos pesquisadores e identificamos um maior número de ocorrências relacionados aos problemas sobre saberes e práticas que descreviam dificuldades ocasionadas pelo distanciamento entre médicos e pacientes, comunicação ineficiente, insatisfação dos usuários com o sistema de saúde.

Também foram muito discutidos os problemas relacionados à tendência positivista que norteia a formação em saúde, conferindo à medicina e à enfermagem uma necessidade de trazer neutralidade para as práticas. Sobre este aspecto, se formos buscar uma compreensão em Fleck, tal neutralidade não existe, uma vez que todo olhar sobre um fato, é sempre influenciado por um estilo de pensamento, que representa justamente o modo de ver cada fato a partir de um coletivo de pensamento, porém não somente por ele. Ou seja, há também um contexto que, assim como a teoria, também influencia a compreensão do fato. Portanto, esse “trazer neutralidade às práticas” seria como se fosse possível tratar apenas o fato – a doença, a partir do que a teoria orienta, separada do paciente, desconsiderando o paciente como um indivíduo dentro de um contexto.

Esse entendimento de que existe tal neutralidade contribui para que, principalmente os médicos tendam a basear-se apenas em padrões científicos, os quais desconsideram a subjetividade que existe no adoecimento e que impedem, por exemplo, o envolvimento emocional com o paciente.

Essa tendência positivista apontada como um problema nos estudos analisados, relaciona-se ainda às interpretações dominantes que atribuem grande mérito às ações individuais e geniais de ‘descobertas’. Ou seja, no campo da saúde, parece ainda estar muito presente esta visão de se atribuir ‘paternidade’ a procedimentos, protocolos, diagnósticos de doenças, vacinas e, às próprias doenças.

Sobre este aspecto, já em 1930, Fleck argumentava que não se pode ignorar o caráter coletivo da construção da ciência, utilizando como exemplo a Reação de Wassermann, dizendo que este jamais chegaria sozinho à reação que levou seu nome, pois foram anos de estudos que envolveram milhares de pesquisadores.

O saber amplamente especializado também foi apresentado como um problema de formação na área da saúde, uma vez que esta especialização em geral ‘apaga’ o sujeito, ou seja, se contrapõe a necessária visão holística do paciente.

Na Categoria 2 identificamos as *justificativas* que foram utilizadas pelos pesquisadores para a utilização dos referenciais de Fleck e de Kuhn em seus estudos. As justificativas apresentadas tratavam as epistemologias de Fleck e Kuhn como tendências de oposição ao Positivismo e, por isso, deveriam ser mais discutidas e divulgadas na área da saúde. Os pesquisadores também justificaram que as referências Fleckianas e Kuhnianas poderiam possibilitar melhores reflexões ao longo da formação daqueles profissionais. Nesse sentido, para os pesquisadores, Fleck e Kuhn ajudam na compreensão de que os conceitos das doenças possuem uma origem histórica, social e cultural que deve ser considerada no contexto de qualquer investigação. Também permitem perceber que é a partir da formação que o profissional da saúde se insere em um coletivo ou comunidade científica e passa a reproduzir e agir a partir de um determinado estilo de pensamento ou paradigma. Logo, tais reflexões podem contribuir justamente para que se altere aquela compreensão da ‘neutralidade das práticas’, possibilitando que o estudante aprenda a lidar de maneira mais ética com o sofrimento humano.

A Categoria 3 nos possibilitou perceber que os *conceitos/ categorias mais abordadas* nos estudos analisados foram Coletivo e Estilo de Pensamento, de Ludwik Fleck. Estes conceitos e/ ou categorias foram citados em todos os estudos. Na sequência, os Paradigmas de Kuhn também se mostraram amplamente trabalhados, bem como Ciência Normal. O predomínio das categorias de Fleck deve-se ao fato de os pesquisadores acreditarem na existência de um modo de ver, entender e conceber que orienta o profissional a atuar de uma forma e não de outra, na área da saúde. Por sua vez, os conceitos/ categorias de Ciência Normal e Paradigmas de Kuhn, são utilizados para fazer referência aos modelos e padrões que são consensualmente aceitos na comunidade científica. Neste sentido, apropriam-se destes termos para

refletirem sobre a necessidade de transformação do 'paradigma biomédico', mecanicista que ainda vigora na atualidade.

Na Categoria 4 destacamos as relações de *semelhanças e diferenças* na epistemologia de Fleck e Kuhn identificadas pelos pesquisadores e, nesta categoria, encontramos, principalmente, as relacionadas aos conceitos/ categorias Estilos de Pensamento e Paradigmas, Ciência Normal e Harmonia das Ilusões. Dois pontos nos chamaram atenção neste momento: um primeiro relacionado à desconsideração do contexto histórico das obras de Fleck e Kuhn. O fato de Fleck ter escrito a *Gênese* 30 anos antes de Kuhn ter publicado a *Estrutura* parece ter sido ignorado em alguns momentos pelos pesquisadores que conferiram a Kuhn o pioneirismo de algumas ideias. Também observamos que estes não apontaram ou não perceberam diferenças entre as teorias dos epistemólogos.

Em relação à preferência por um ou outro epistemólogo, verificamos que a maioria estabeleceu maior relação de predileção à Fleck, possivelmente, devido à familiaridade de Fleck com a área da saúde, mas não só. Consideramos que tal predileção se deu, principalmente, porque Fleck se apresenta inovador apresentando soluções para problemas atuais que incomodam os pesquisadores. Nesse sentido, Fleck traz para as discussões as questões sociológicas integrando a epistemologia às análises históricas e culturais, possibilitando discussões acerca do desenvolvimento científico, produção do conhecimento, formação e modos de pensar das comunidades científicas, circulação do conhecimento entre os cientistas, enfim, oferece subsídios para abordagens amplas que possibilitam a compreensão da atividade científica como produto da sociedade.

Por fim, na Categorias 6, relacionada às *soluções* encontradas pelos pesquisadores por meio da utilização das teorias de Fleck e de Kuhn, identificamos estarem relacionadas à utilização de uma nova perspectiva construtivista, ainda pouco utilizada na área da saúde, mas que os pesquisadores acreditam que pode contribuir para a desconstrução da tendência positivista, melhoria do ensino na área da saúde e maior compreensão das diferenças entre os estilos de pensamento mobilizados, especialmente, por especialistas e clínicos e por profissionais médicos e enfermeiros.

Nesta pesquisa buscamos compreender como e por que pesquisadores brasileiros da área da saúde têm se apropriado da epistemologia de Ludwik Fleck e Thomas Kuhn, em um mesmo estudo. Verificamos que a epistemologia destes autores

tem sido utilizada para embasar estudos que buscam novas compreensões sobre o modelo biomédico vigente e, para fundamentar discussões sobre a profissionalização de estudantes da área da saúde que ainda são preparados por meio de métodos mecanicistas, os quais vêm se tornando incompatíveis com as novas demandas de uma sociedade que necessita de profissionais capazes de lidar com o sofrimento, com a injustiça social e com as diferenças que se apresentam na contemporaneidade.

REFLEXÕES SOBRE A ATIVIDADE DE PESQUISA

Durante a realização da Pós-Graduação em Educação em Ciências e Matemática (PPGECM) passei por muitos momentos de dúvida e reflexão: o fato de a construção desta pesquisa ter sido direcionada para a área da saúde, diferentemente da ideia concebida originalmente, me gerou grande insegurança. Até mesmo para a compreensão dos muitos termos técnicos que se apresentaram durante estas leituras, foi necessário maior envolvimento e reconhecimento de muitas limitações.

Entretanto, essas dificuldades me permitiram perceber as relações entre os fundamentos filosóficos, epistemológicos, históricos e sociológicos em contextos diferentes, examinando âmbitos culturalmente distintos, mas que guardam relações de grande importância.

Saúde é qualidade de vida e está intimamente vinculada ao direito à educação, ao trabalho, à moradia, ao lazer. À escola também cabe a responsabilidade de refletir sobre o significado de saúde e desenvolver ações que fortaleçam a participação dos estudantes em experiências de cidadania por meio da busca de hábitos mais saudáveis.

Historicamente, as ações na área da saúde têm se centrado no olhar biomédico, conforme discutido aqui. Se, nas escolas, este olhar fosse substituído por outros modos de pensar e fazer educação em saúde, penso que teríamos cidadãos mais envolvidos com as questões relacionadas à saúde, inclusive novos profissionais mais comprometidos com a atenção de qualidade, capazes de resolver os problemas de saúde de forma integral, conforme previsto em nossa Constituição.

As obras de Fleck e Kuhn, têm contribuído muito para a área de educação científica. Penso que, de alguma maneira, este estudo pode vir a contribuir também para que outras áreas conheçam a epistemologia destes autores e ampliem as

discussões sobre a importância de se considerar os vários fatores que influenciam toda e qualquer atividade científica.

REFERÊNCIAS

- ALLAMEL-RAFFIN, C.; LEPLÈGE, A.; MARTIRE JUNIOR, L. História da medicina. Tradução de Aquiles Von Zuben. Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2011.
- ALMEIDA, C. C. Do mosteiro à universidade: considerações sobre uma história social da medicina na Idade Média. Aedos: Revista do Corpo Discente do Programa de Pós-Graduação em História da UFRGS (Online), v. 2, p. 36-55, 2009.
- ALMEIDA, A.M. et al. Pesquisa em enfermagem e o positivismo. Rev.Esc.Enf.USP, v.30, p.25-32, abr. 1996.
- ANGELO, M; FORCELLA, H.T; FUKUDA, I.M.K. Do empirismo à ciência: a evolução do conhecimento de Enfermagem. Revista da escola de Enfermagem da USP, v.29, p. 211-223, 1995.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2006.
- BRANCO, M.L.F.R. A educação progressiva na atualidade: o legado de John Dewey. Educação e Pesquisa. São Paulo, v. 40, n.3, p. 783-798, jul/ set, 2014.
- BRASIL. Decreto n. 16.300, de 31 de dezembro de 1923. Aprova o regulamento do Departamento nacional de Saúde Pública, 1923. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-16300-31-dezembro-1923-503177-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em 02 de novembro de 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos. Departamento de assistência farmacêutica e insumos estratégicos. Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias. Brasília: Ministério da Saúde. 2018. 33 p. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/fevereiro/14/ERRATA-Livro-USO-DE-MEDICAMENTOS-E-MEDICALIZACAO-DA-VIDA.pdf>. Acesso em: 30 de outubro de 2021.
- BORGES, E. L. et al. Reflexões sobre enfermagem pós-Florence. Rev. Min. Enf., v. 4, p. 77-82, jan./dez., 2000.
- CALAINHO, D. B. Jesuítas e medicina no Brasil colonial. Tempo. Revista do Departamento de História da UFF, Rio de Janeiro, v. 10, n.19, p. 61-75, 2005.
- CARNEIRO, J. A. C. A teoria comparativa do conhecimento de Ludwik Fleck: entre a incomensurabilidade e a comunicabilidade. 2012. 192 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia), Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.
- CONDÉ, M. L. L. Paradigma versus Estilo de Pensamento na História da Ciência. III Seminário de Teoria e História da Ciência da UFMG. 2003.

CONDÉ, M. L. L. Um livro e seus prefácios: de pé de página a novo clássico. Prefácio à edição brasileira. In: FLECK, L. Gênese e desenvolvimento de um fato científico. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

CONDÉ, M. L. L. Ludwik Fleck: estilos de pensamento na ciência. 1. ed. Belo Horizonte: Fino Traço, 2012.

CONDÉ, M. L. L. Mutações no estilo de pensamento: Ludwik Fleck e o Modelo Biológico na historiografia da ciência. Revista de Filosofia Moderna e Contemporânea, Brasília, v.6, n.1, jul. p. 155-186, 2018.

DA ROS, M. A. Estilos de pensamento em Saúde Pública – um estudo da produção da FSPUSP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck. Florianópolis, 2000. 207 f. Tese (Doutorado em Educação), Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina.

FERNANDES, A. T. A Medicina do Renascimento à Revolução Científica: a Descoberta dos Micróbios. In: Antonio Tadeu Fernandes; Maria Olívia Vaz Fernandes; Nelson Ribeiro Filho. (Org.). Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde. São Paulo: Atheneu, v. 1, p. 56-74, 2000.

FLECK, L. Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico. Belo Horizonte: Ed. Fabrefactum, 2010.

LORENZETTI, L.; MUENCHEN, C.; SLONGO, I.I.P. A crescente presença da epistemologia de Ludwik Fleck na pesquisa em educação em ciência no Brasil. Revista Brasileira de Ensino de Ciência e Tecnologia, Ponta Grossa, v. 11, n. 1, p. 373-404, jan/abr, 2018.

KRUSE, M.H.L. Enfermagem moderna: a ordem do cuidado. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 59 (esp), p. 403-410, 2006.

KUHN, T. A estrutura das revoluções científicas. 5. ed. São Paulo: Editora Perspectiva S.A, 1998.

KUHN, T. O caminho desde a estrutura: ensaios filosóficos, 1970-1993, com uma entrevista autobiográfica. 2.ed. São Paulo: Editora Unesp, 2017.

LÔWY, L. Ludwik Fleck and the history of science today”. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, LCD: 7-18, jul.-oct., 1994.

LÔWY, I. Fleck em seu tempo, Fleck em nosso tempo: Gênese e desenvolvimento de um pensamento. CONDÉ, M. L. L. Ludwik Fleck: estilos de pensamento na ciência. 1. ed. Belo Horizonte: Fino Traço, p.11-33, 2012.

LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – ANOS 80. Physis, Rio de Janeiro, v.1, p.77-96, 1991.

MARCONDES, D. Iniciação à história da filosofia: dos pré-socráticos a Wittgenstein. 2 ed. Ver. Ampl. Rio de Janeiro: Zahar, 2018.

MENDONÇA, A. L. O. O legado de Thomas Kuhn após cinquenta anos. *Scientiae Studia* (USP), São Paulo, v. 10, p. 535-560, 2012.

MINAYO, M. C. S. (Org); DESLANDES, S.F.; CRUZ NETO, O. GOMES, R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

MOROSINI, M. C.; FERNANDES, C.M.B. Estado do Conhecimento: conceitos, finalidades e interlocuções. *Educação Por Escrito*, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 154-164, jul.-dez. 2014.

MUCCIOLI, C; et al. A humanização da medicina. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, v. 70, p. 897-897, 2007.

OMS, Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946. USP.

OLIVEIRA, M.A.C.; EGRY, E.Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. *Rev.Esc.Enf.USP*, v. 34, n. 1, p. 9-15, mar, 2000.

PORTAL MINISTÉRIO DA SAÚDE. Residência Multiprofissional. Resolução CNS n. 287/1998. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional>. Acesso em 25 de outubro de 2021.

ROZZOTTO, M.L.F. História da Enfermagem e sua relação com a saúde pública. Goiânia: AB, 2013.

RODRIGUES, I.T.; MOREIRA, J. A Relação Profissionais de Saúde – Usuários do SUS: Problematizando o Termo “Ajuda”. *Rev. Polis e Psique*, v. 3, n. 7, p. 43-60, 2017.

ROMANOWSKI, J. P.; ENS, R. T. As pesquisas denominadas do tipo “estado da arte” em educação. *Revista Diálogo Educacional*, Curitiba, v. 6, n. 19, p. 37-50, set./dez, 2006.

ROONEY, A. A história da medicina: das primeiras curas aos milagres da medicina moderna. São Paulo, SP: M. Books do Brasil, 2013.

SBISSA, P. P. M.; SCHNEIDER, D. R.; SBISSA, A. S. Caracterização do desenvolvimento epistemológico da saúde e das práticas complementares. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 40, p. 94-103, 2011.

SCHÄFER, L.; SCHNELLE, T. Fundamentação da perspectiva sociológica de Ludwik Fleck na teoria da ciência. (Introdução). In: FLECK, L. Gênese e desenvolvimento de um fato científico. Belo Horizonte: Fabrefactum, p. 1-36, 2010.

SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública*, v. 31, n. 5, p. 538-42, out. 1997.

SPAGNOL, C.A. (Re)pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, p.119-127, 2005.

TEIXEIRA, J.M. A medicina é uma ciência? *Saúde Mental*, Porto, v.13, n.6, p.6-9, 2011. Editorial.

VERGÍLIO, R.O.R; LIMA R.R. Medicalização da Sociedade e suas relações com a indústria cultural. *Educação, Psicologia e Interfaces*, v. 4, Número 3, p. 1-15, julho/setembro, 2020.

ANEXO 1 – RESUMOS DOS TRABALHOS SELECIONADOS PARA ESTA PESQUISA

T1	Epistemologia contemporânea e saúde: a luta pela verdade e as práticas terapêuticas
Vários dilemas relacionais, éticos e terapêuticos da atenção à saúde biomédica estão relacionados com aspectos da epistemologia hegemônica aplicada à saúde, baseada num ideário positivista, cartesiano, representacionista e mecanicista, proveniente da física clássica. Esse ideário também dificulta o relacionamento da biomedicina com os curadores não-científicos. Todavia, autores contemporâneos têm introduzido mudanças na epistemologia das ciências naturais, que, por hipótese, podem contribuir para amenizar ou selecionar alguns desses dilemas. O trabalho consistiu do estudo e apresentação de sete autores representativos dessas mudanças, a saber, Popper, Lakatos, Kuhn, Fleck, Feyerabend, Maturana e Latour (capítulo 1); uma reflexão sobre possíveis desdobramentos dessas novas ideias epistemológicas na área da saúde ensino e pesquisa, clínica e saúde coletiva) (capítulo 2); o delineamento de tendências extraídas desses autores e o esboço de um enfoque epistemológico neles baseado (capítulo 3). Como resultado, três tendências epistemológicas despontaram: a superação do positivismo mecanicista na saúde, a construção de uma nova visão epistemológica dita “co-construtivista” – em que a realidade é vista como co-construída pelos sujeitos em interação com o mundo – e a reposição do homem, seus coletivos e sua vida no centro da cena epistemológica. Isso, aplicado à saúde, mostra-se facilitador de mudanças na relação dos terapeutas com o saber biomédico e seus limites, e indutor de melhorias no relacionamento da biomedicina com os pacientes e com os curadores não-científicos. Ao final, derivada do enfoque co-construtivista, é proposta uma combinação da noção de “tradição” de Feyerabend, com as ideias de estilo e de coletivo de Fleck e com visão não moderna de Bruno Latour, para o reconhecimento, estudo e aplicação de medicinas ou racionalidades médicas distintas de forma simétrica, sem adesão a priori a uma delas. A partir dessa combinação é possível reconhecer estruturas sociocognitivas especializadas de saber/ prática em saúde doença (“tradições de cura”) portadoras, por hipótese, de eficácia, passíveis de	

estudo, comparação e oferta como recurso terapêutico à população. Nessa proposta, a biomedicina é uma dessas tradições de cura.

Palavras-chave: (Não informadas)

T2	A subjetividade como anomalia: estratégias médicas para lidar com os sintomas vagos e difusos em biomedicina
----	--

O presente estudo busca compreender as estratégias utilizadas pelos médicos para lidar com pacientes que apresentam sintomas sem uma lesão orgânica ou uma causalidade reconhecida. Assim, com o objetivo de estabelecer uma discussão sobre a assistência médica aos sofredores de queixas consideradas vagas e difusas, utilizamos como principal instrumento de análise a epistemologia, com destaque especial às noções de “paradigma e “anomalia” de Thomas Kuhn, e à contribuição de Ludwik Fleck, com os conceitos de “exceções das teorias” e a “tendência à persistência nos sistemas de ideias”. A estratégia metodológica constou das seguintes etapas: 1) Estudo da bibliografia crítica sobre a biomedicina; 2) revisão da literatura médica sobre o tema, principalmente através de artigos científicos; 3) observação etnográfica de consultas médicas no ambulatório de gastroenterologia de um Hospital Universitário e 4) entrevistas semiestruturadas com médicos de diferentes especialidades: clínica-médica, reumatologia, dermatologia, cardiologia, gastroenterologia e medicina de família. A partir da análise do material empírico, concluímos que a maioria dos médicos apresenta estratégias limitadas ao abordar os sofredores de sintomas indefinidos. Estas consistem em: “dizer que o paciente não tem nada”, “realizar encaminhamentos para profissionais de psicologia/psiquiatria” e “prescrever medicação – sintomáticos e tranqüilizantes”. Dessa forma, verificamos que toda uma gama de sintomas, sem que seja detectada uma lesão ou causalidade reconhecida, aparece como anomalia ou exceção na biomedicina, uma vez que a prática médica possui poucos recursos teóricos e cognitivos para lidar com a subjetividade do adoecimento.

Palavras-chave: Anomalia, Biomedicina, Epistemologia, Sintomas vagos e difusos, Subjetividade.

D1	Medicina e Enfermagem - saberes e práticas incomensuráveis? Uma abordagem à luz da hermenêutica e dos <i>science studies</i>
----	--

Essa dissertação é fruto de uma pesquisa realizada em uma enfermaria feminina de clínica médica de um Hospital Universitário Público da cidade do Rio de Janeiro. Nesta pesquisa, busquei uma compreensão sobre as relações e articulações do trabalho médico e de enfermagem. Partindo da perspectiva hermenêutica, busquei estabelecer *conversações* com, e entre, sujeitos de pesquisa, grupos profissionais, o próprio estabelecimento hospitalar, a biomedicina - seus fatos e artefatos. Ademais, foram inspiradores para a desejada compreensão os *sciences studies* e seus exemplos de como acompanhar e interpretar especialistas em seus campos de prática. A pesquisa, especificamente, foi construída e desenvolvida com o uso de métodos qualitativos, como a observação etnográfica e entrevistas semiestruturadas, tendo a primeira servido de fundamentação para a segunda. O exercício interpretativo posto em curso desde a projeção da pesquisa não se esgotou com o seu término: teve continuidade e se faz presente na produção desta dissertação, ao modo de uma narrativa. Para sustentar a opção pela narrativa, assumo-a como um “relato de risco”, da maneira como sugere Latour para se descrever as redes e seus atores. Assim, pretendi incluir no texto a intensa movimentação e toda a sorte de eventos que se colocam como desafios às práticas destes profissionais, além de conferir agência aos sujeitos e às coisas. Dentro desta proposta, a narrativa traz um prólogo em que se posiciona entre os trabalhos do campo da Saúde Coletiva; em sua introdução, oferece um resumo ampliado de sua construção; no capítulo um, discorre sobre como o pesquisador negociou a existência da pesquisa com a instituição hospitalar, e trata também de um de seus fundamentos, a hermenêutica filosófica, em conversações com Rorty e Ayres. No segundo, traz um relato sobre a constituição coletiva de médicos e enfermeiros a partir de Fleck. “Convida”, ainda, um dos sujeitos da pesquisa a oferecer um conceito que ilumina as tensões das relações cotidianas entre enfermeiras e médicos; apresenta a partir do conceito oferecido, alguns retratos dessas relações. No terceiro, o caso de uma usuária que teve o prolongamento de sua vida decidida em uma reunião e um telefonema é usado com o conceito de paradigma, em Kuhn, para dizer sobre as visões de mundo de médicos e enfermeiras. No quarto, tenta tornar dinâmica a constituição coletiva de médicos e enfermeiras ao relacioná-la às suas visões de mundo, aos processos de “enculturação” dos dois grupos profissionais; para isso recorre ao conceito de “conhecimento tácito” e às distintas

categorias de expertise, como desenvolvidas por Collins e Evans. Diz sobre o que médicos e enfermeiras “sabem do que estão falando”. Por fim, propõe duas possibilidades de desfecho para a dissertação: a primeira, que as práticas de médicos e enfermeiras são incomensuráveis entre si; a segunda, que médicos e enfermeiros dividem uma “zona de troca forçada”. Há ainda um encerramento. Nele, através da descrição de uma médica “virtuosa” convida os leitores a uma conversa sobre os sujeitos contemporâneos e sobre o “mundo” em que vivemos.

Palavras-chave: *Sciences studies*, Hermenêutica. Biomedicina. Medicina. Enfermagem

D2	Para que serve uma enfermaria de clínica médica?: reflexões a partir de um hospital universitário
----	---

Este trabalho propõe uma reflexão sobre a relação entre a organização da estrutura hospitalar baseada em sua divisão por enfermarias e especialidades e a perpetuação da lógica fragmentadora própria da Biomedicina, racionalidade médica hegemônica ocidental. O campo estudado foi o Hospital Universitário Pedro Ernesto. Através de entrevistas semiestruturadas com médicos clínicos, especialistas e profissionais responsáveis pela regulação de vagas desse hospital é discutida a existência de dois discursos diferentes: o discurso clínico e o discurso especialista. A partir da análise dessas entrevistas, foi apontada e debatida a profunda relação entre esses discursos, a estrutura hospitalar e a assistência médica oferecida aos pacientes. A análise evidencia que embora os dois discursos estejam absolutamente inseridos ao paradigma biomédico, a clínica médica se identifica e é identificada como responsável pelo paciente “como um todo”, enquanto as especialidades são reconhecidas como responsáveis apenas “por uma determinada parte”. Essa diferença apresentou influência tanto na forma de cuidar do paciente, como na função de cada serviço dentro do hospital. As enfermarias de clínica se caracterizaram por serem setores consensualmente capazes de conduzir satisfatoriamente a maioria dos pacientes. Se por um lado a abrangência da clínica é motivo de orgulho para os clínicos, por outro, a falta de autonomia decorrente dessa característica determina um sentimento de depreciação por parte desses profissionais. Esse trabalho foi realizado sob perspectiva hermenêutica filosófica proposta por Hans-Georg Gadamer e com o auxílio dos conceitos de paradigma proposto por Thomas Kuhn e estilo de pensamento elabora do por Ludwik Fleck.

Palavras-chave: Clínica Médica. Especialidades. Biomedicina. Paradigma. Estilo de pensamento. Hermenêutica. Organização Hospitalar.

A1	Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina
----	--

O artigo parte de alguns dilemas clínicos vividos pelos profissionais e doentes, tais como dificuldades de enquadramento diagnóstico e relacionamento médico-paciente, para relacionar aspectos desses dilemas com a epistemologia hegemônica aplicada na biomedicina, a qual é caracterizada por um paradigma biomecânico, positivista e representacionista, centrado nas entidades doenças da nosografia biomédica. Estabelece conexão entre esta epistemologia e a ausência atual de um maior e mais harmonioso entrosamento da biociência com outros saberes/práticas de saúde não-científicos. Como contribuição à busca de resolução dos problemas discutidos, são introduzidas algumas ideias epistemológicas provindas da convergência teórica de autores da epistemologia contemporânea das ciências naturais que se constituem em viga mestra de uma inovadora vertente epistemológica ainda em formação, aqui chamada “co-constitutivista”. Por fim, são esboçados alguns desdobramentos da aplicação deste “co-constitutivismo” na saúde, indicando possíveis contribuições e desafios propostos por essa perspectiva epistemológica para a área da saúde e para a pesquisa biomédica.

Palavras-chave: Epistemologia, Metodologia, Medicina alternativa, Medicina social, Medicina preventiva.

A2	A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico
----	---

Este artigo tem como proposta estabelecer uma discussão sobre a biomedicina trazendo à tona uma reflexão sobre o lugar que os fenômenos subjetivos relacionados ao adoecimento ocupam nesse modelo. Utilizaremos como principal instrumento de análise a epistemologia, com destaque especial a Thomas Kuhn e às noções de “paradigma e anomalia”, e à contribuição de Ludwick Fleck com os conceitos de “exceções das teorias e a tendência à persistência nos sistemas de idéias”. Acreditamos que a presente reflexão possa vir a ser um exercício fundamental e oportuno para a otimização/ transformação do paradigma biomédico,

na medida em que é consensual o alto grau de subjetividade que envolve a prática médica.	
Palavras-chave: Biomedicina, Subjetividade, Epistemologia, Paradigma, Anomalia	
A3	Contribuições das epistemologias de Kuhn e Fleck para a reforma do ensino médico
O objetivo deste artigo é apresentar algumas ideias epistemológicas de Thomas Kuhn e Ludwik Fleck e correlacioná-las entre si e com os desafios da reforma da educação médica, supondo para esta uma finalidade de formação de médicos gerais habilitados, competentes e dispostos para o trabalho no SUS e no PSF (atenção básica). Os conceitos de paradigma e de ciência normal e a visão kuhniana do aprendizado científico são coerentes com os conceitos fleckianos de estilo de pensamento e iniciação nos círculos esotéricos de um coletivo de pensamento. Ambos os autores se reforçam na pertinência da aplicação dessas categorias à medicina e ao seu ensino. Indicam para este ensino direções coerentes com a inserção precoce dos alunos na atenção básica e com o aprendizado de práticas e habilidades ambientadas nesses serviços, ensinadas por profissionais que ali pratiquem medicina geral. Além disso, suas teorias facilitam o reconhecimento e o manejo das “reduções paradigmáticas” ou “estilísticas”, melhorando a habilidade clínica e a performance ética dos profissionais e alunos.	
Palavras-chave: (Não informadas).	
A4	Racionalidades médicas e integralidade
O objetivo deste artigo é discutir aspectos da “integralidade”, princípio normativo do SUS, a partir de pesquisas organizadas ao redor da categoria “racionalidade médica” e da epistemologia de Ludwik Fleck. O artigo discute a categoria integralidade, defendendo que a mesma tem distintos significados para doentes e curadores especializados; tem maior relevância e significa uma missão permanente para estes últimos; vincula-se ao relacionamento curador doente e à eficácia da ação terapêutica. A integralidade constitui um grave problema para a biomedicina, cujo saber esquartejou o doente e centrou sua ação nas “doenças biomédicas”. Aí, a integralidade está tanto mais bloqueada quanto mais especializado o ambiente. A atenuação desses bloqueios passa pela periferia dos círculos especializados e pelo trabalho em equipes multidisciplinares, traduzidos no SUS, acertadamente, como	

prioridade para a atenção primária ou básica. Inversamente, outras racionalidades, como a homeopatia e a medicina tradicional chinesa, comportam um saber/prática facilitador da integralidade nos seus círculos esotéricos e seu desafio, além de sua presença incipiente no SUS, é levar ao mundo de suas práticas, a integralidade de seus círculos esotéricos originais.

Palavras-chave: Integralidade, Racionalidades médicas, Medicinas alternativas, Saúde pública.

A5	Os protocolos e a decisão médica: medicina baseada em vivências e ou evidências?
----	--

O objetivo geral do trabalho é compreender as concepções e interesses sobre transmutar a fundamentação da prática cotidiana do conhecimento produzido pela experiência para modelos probabilísticos da epidemiologia. O objeto é a argumentação e as práticas em torno de consenso sobre critérios de conhecimento válidos às decisões diagnósticas e terapêuticas. O ponto de partida é o estudo de Fleck, no qual os fatos não são objetivamente dados, mas coletiva e contingencialmente criados em adequação a um estilo de pensamento. Nossa estratégia de pesquisa foi a observação etnográfica do round e das reuniões clínicas numa unidade de terapia cardiointensiva cirúrgica, no Rio de Janeiro. A análise baseou-se nos trabalhos de Knorr-Cetina, (arena transepistêmica) e teoria da argumentação de Perelman. A pesquisa revelou a consolidação da tendência de incorporação de critérios explícitos de relação custo-benefício e interesses relativos a distintos agentes, como categoria médica, governos, complexo médico-industrial, na introdução dos protocolos. Demonstrou utilização ambivalente: protocolos/estudos científicos e experiência clínica. Chamou a atenção um certo ceticismo e inabilidade dos médicos na utilização das ferramentas de análise do estilo de pensamento epidemiológico.

Palavras-chave: Antropologia médica, Conhecimento médico, Epistemologia, Estilo de pensamento, Protocolos.

A6	Da graduação biomédica à Medicina
----	-----------------------------------

Este estudo apresenta a educação como instância modeladora dos sistemas de representação da realidade, a partir de uma reflexão socio filosófica desenvolvida por Kuhn, Fleck e Wittgenstein. Através de uma pesquisa qualitativa, discute as

especificidades da graduação biomédica e a formação de residentes em um Programa de Medicina de Família e da Comunidade como um processo de translação do olhar. No discurso dos residentes entrevistados, duas conclusões se destacaram: a inadequação da formação biomédica para a resolução dos problemas de saúde da população na atenção básica; e a necessidade de uma reorientação do olhar do profissional para o “sujeito doente” e suas subjetividades, para que ele possa se tornar um “médico da pessoa”.

Palavras-chave: educação médica; racionalidade biomédica; Medicina de Família e Comunidade; subjetividade.

A7 | A interação entre médicos e enfermeiras em um contexto hospitalar

Este artigo visa lidar com um assunto fundamental e pouco discutido entre as pessoas que estudam, debatem e experimentam o trabalho em saúde: as relações entre médicos e enfermeiras. Para isso, nos baseamos na experiência etnográfica em uma enfermaria feminina de um hospital público para elaborar algumas reflexões sobre tais relações. Experiência etnográfica que se inspirou na hermenêutica e nos “*science studies*” e fez uso de entrevistas semiestruturadas. Tal experiência revelou médicos que organizavam suas práticas e decisões clínicas a partir de abstrações e dialogavam em termos que estruturavam um discurso altamente especializado e restrito. As enfermeiras materializavam as decisões médicas, orientadas a partir das prescrições. Não tinham espaço para interferir nas decisões clínicas por estarem atarefadas no limite do tempo e por não dominarem o discurso clínico, crucial para os debates quanto às decisões. No contexto desta experiência, entre médicos e enfermeiras havia uma distância garantida pela teoria, técnica e valores compartilhados por cada grupo profissional. Assim, sugerimos que os saberes, práticas e valores de médicos e enfermeiras eram incomensuráveis entre si, e que isto afetava diretamente as ações em saúde cotidianas.

Palavras-chave: Enfermagem, Medicina, Trabalho em Saúde, Hospital, Incomensurabilidade